

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituição para o estudo da Cirurgia

Diretor: Dr. EUSÉBIO BRANCO RIBEIRO

VOL. LXV

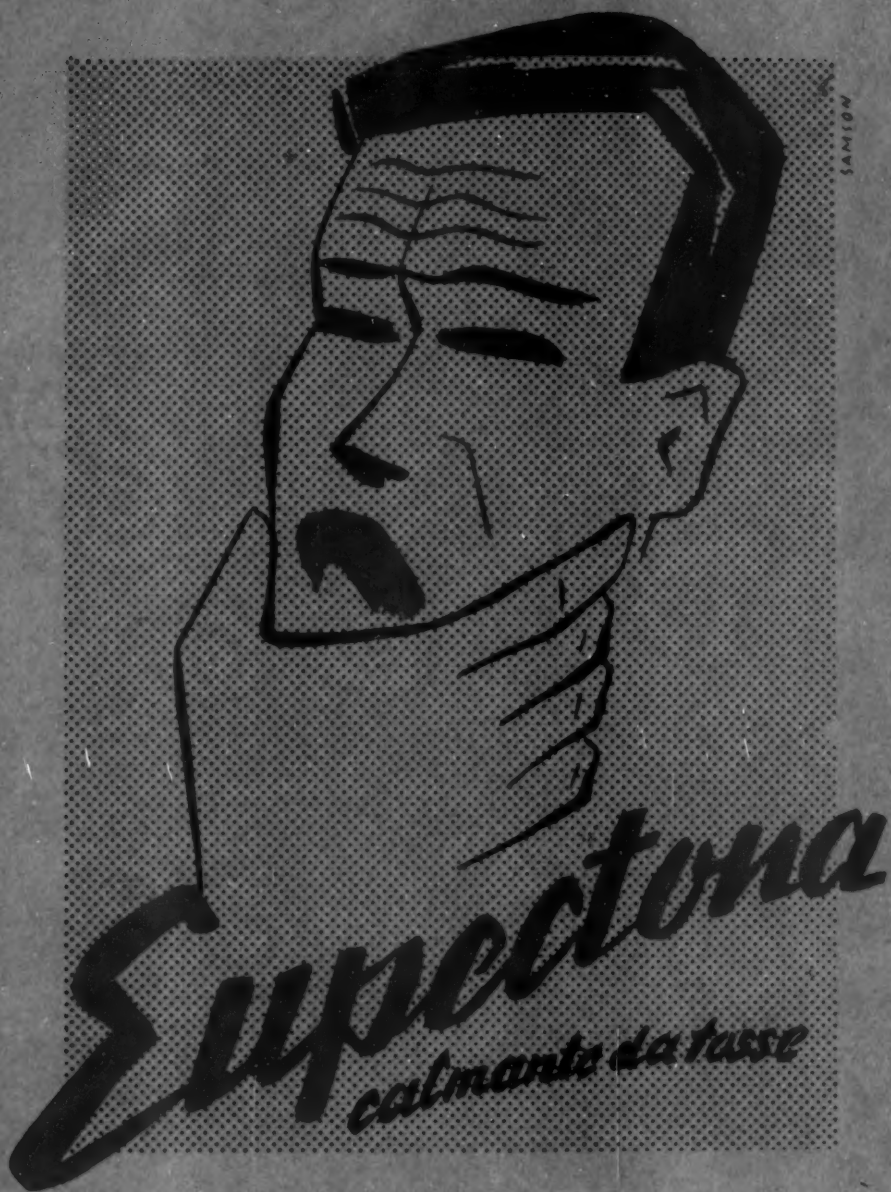
São Paulo, Abril de 1953

N.º 4

Sumário:

Rutura uterina em grávida a termo cesareada — Dr. José Saldanha Faria	340	todo de Kuntzsch — Dr. José Gomes da Frota	373
Lavagem das vesículas seminais por cateterismo endoscópico dos canais ejaculadores. Espermatoctografia — Matheus Santamaria	253	Exploração funcional do aparelho respiratório. Sua aplicação em cirurgia torácica — Drs. Jorge A. Talana, Victorio Aracama Zorraqun, J. Raul Gomez Garcia e Dr. Decio H. Zago	379
Nefropose e seu tratamento cirúrgico. (Técnica do autor) — Matheus Santamaria	267	Experiência de 1500 anestésias peridurais — Drs. Nelson de Sá Eap	385
Tumores intratorácicos benignos — Drs. Jorge A. Talana, Eduardo Schieppati e Decio H. Zago	263	Tratamento cirúrgico do câncer do reto e do reto-sigmóide — Dr. Adalberto Leite Ferraz	399
Elefantíase dos membros inferiores — Dr. Roberto Farina	299	Produção Médica de São Paulo: Associação Paulista de Medicina:	
Conceito anômalo-clínico da síndrome de Morgagni e da hiperostose frontal interna — Dr. Sebastião Hermeto Junior	309	Pediatria	401
Perfuração da úlcera gastroduodenal — (Experiência no Sanatório São Lucas) — Dr. Paulo G. Bressan	331	Proctologia	408
Colectomias totais e sub-totais — Dr. Daher Cutait	336	Fisiologia	416
Ileostomia anal — Dr. Daher E. Cutait	337	Otorrinolaringologia	424
Deformidade do dorso do nariz por perda de substância osteo-cartilaginosa — Dr. Roberto Farina	330	Cirurgia	436
Câncer do pulmão — Drs. Jorge A. Talana, Victorio A. Aracama Zorraqun e Eduardo Schieppati	349	Radiologia e Eletricidade Médica	438
Conduita cirúrgica nos ferimentos do coração — Dr. Aloysio Moraes Rego	361	Anestesiologia	428
Comentários em torno de um caso de tétano e difteria concomitante — Dr. Octávio Lopes	363	Higiene e Medicina Tropical	430
Tratamento das fraturas da diáfise do fêmur pelo mé-		Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição de São Paulo	432
		Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo	433
		Outras Sociedades	434
		Imprensa Médica de São Paulo:	
		Sumário dos últimos números	440
		Vida Médica de São Paulo:	
		Sindicato dos Médicos de São Paulo	441
		Homenagem — Prof. Luciano Gualberto	441
		Departamento de Proctologia da Associação Paulista de Medicina	442
		Literatura Médica:	
		Livros recebidos	445
		Apreciações	446

Número dedicado ao I Congresso Nacional do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões



LABORATÓRIO TORRES S. A.

PULMODRAZIDA

FÓRMULA

Hidrazida do ácido isonicotínico	0,100 g.
Amido	0,025 g.
Cálcio estearato	0,005 g.
Lactose q. s. p.	0,300 g.

INDICAÇÕES

NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Nos pacientes tratados pela "*Pulmodrazida*"

observa-se:

- 1.º Redução da febre.
- 2.º Diminuição da tosse, da expectoração e do número de bacilos tuberculosos.
- 3.º Aumento de peso e do apetite.
- 4.º Nos exames radiológicos nota-se clara e neta do componente reversível da tuberculose pulmonar.

MODO DE USAR:

1 comprimido para cada 10 quilos de peso, dividido em 3 doses

APRESENTAÇÃO

Tubos com 100, 500 e 1.000 comprimidos.

Lic. do S. N. F. M. n.º 671 de 25/6/52

INDÚSTRIA BRASILEIRA



LABORATÓRIO PHARMA

Marcello Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 — Telef. 33-7579 — São Paulo

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS PARA ANÚNCIOS

CAPA :		Cr\$
2.ª pagina da capa (12 × 19 cm.) por vez		1.200,00
3.ª pagina da capa (12 × 19 cm.) por vez		1.000,00
4.ª pagina da capa (12 × 19 cm.) por vez		1.400,00
TEXTO :		Cr\$
1 pagina (12 × 19 cm.) por vez		1.200,00
½ pagina (9 × 12 cm.) por vez		650,00
¼ pagina (9 × 5,5 cm.) por vez		400,00
Encarte por vez		1.200,00
Pagina fixa 20 % de aumento.		

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS INTESTINAL PELO DERIVADO FTÁLICO DA SULFA

ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil - Sulfatiazol com Vitamina K e B₁)

Absorção praticamente nula, alcançando grande
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

**COMPANHIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA
VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.**

Praça da Liberdade, 91

São Paulo

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATORIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAULIO GOMES, 25 - 4.º ANDAR - FONES 4-7744 E 8-5445

VIKASALIL

B₁

EM DRÁGEAS ENTÉRICAS



Anti-Reumático Analgésico



Associação de Salicilato de Sódio
com Piramido



EFEITO MAIS RÁPIDO.
QUALQUER TIPO DE DOR.



Fórmula:

Salicilato de Sódio	0,50
Piramido	0,10
Vitamina T	0,001
Vitamina B ₁	0,006
Bicarbonato de Sódio	0,03

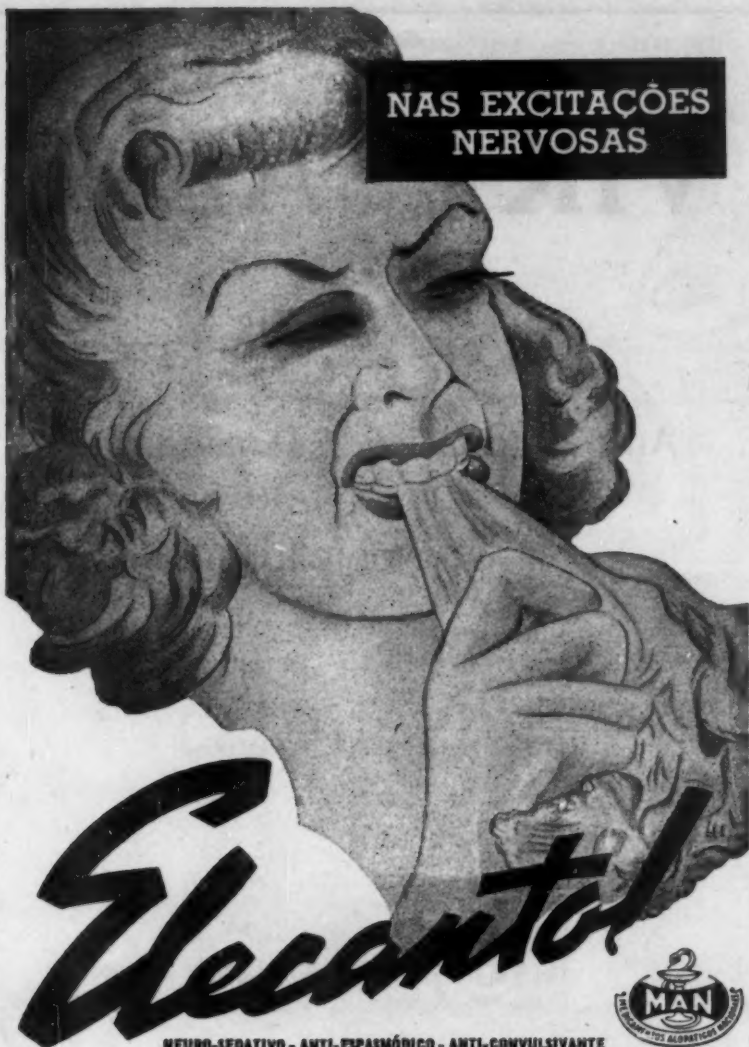


LABORATÓRIO PHARMA

Marcello, Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 — Fone, 33-7579 — São Paulo

NAS EXCITAÇÕES
NERVOSAS



NEURO-SEDATIVO - ANTI-ESPASMÓDICO - ANTI-CONVULSIVANTE



Na hiper-excitabilidade reflexa — Córdio Sedativo — Na Epilepsia (No Eretismo Córdio Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sístoles funcionais, etc.

A base do CELEBRE **LEPTOLOBIUM ELEGANS** - CRATAEGUS OXIACANTA-BROMURETOS DE AMÔNIOS, SÓDIO, POTÁSSIO, etc.

MODO DE USAR: { Adultos: 1 colher 15 c.c. 3 vezes ao dia
em água açucarada. - Crianças: a metade.

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.
PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Rua Ruy Barbosa, 377 - Fone 33-3426 - São Paulo



HEXANITOL

HEXANITOL com RUTINA

Vaso-dilatadores
Hipotensores



HEXANITOL
*baixa a pressão
arterial*

HEXANITOL com RUTINA
*baixa a pressão arterial
e evita as hemorragias
cerebraes e oculares*

Laboratório Sintético Ltda
Rua Tamandaré 777 Tel-364572
São Paulo

Bernardini

HEXANITOL



HEXANITOL com RUTINA



NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

DOLCSONA

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:

metadona e papaverina

- Alivia a dor sem provocar narcotismo
- Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- Não afeta o coração nem a pressão arterial
- Menor depressão respiratória que os opiáceos
- É particularmente alivia nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.



Ampélas - de 1cm³, em caixas com 5, 25 e 100

Comprimidos - tubos com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

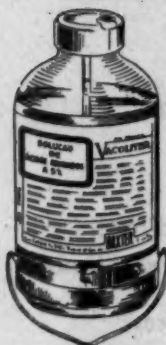
DOLCSONA

Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM VACOLITERS



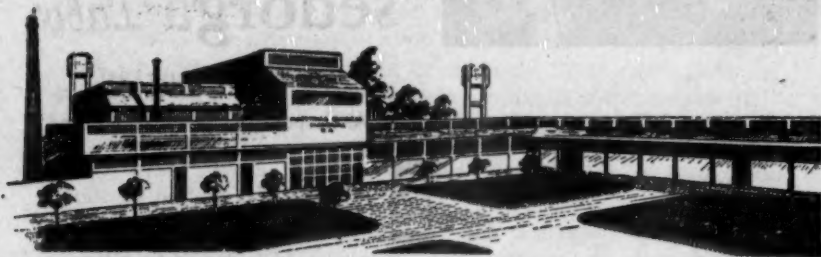
Ácidos Aminados a 6% em Água destilada
Solutos de Glucóseo a 5% com Vitaminas B₁, B₂ e PP
Solutos de Glucóseo Isotônico com 10% de Alcool
Lactato de Sódio em Solução 1/6 Molar
Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio
Glucóseo em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5% e 10%
Solutos de Glucóseo em água destilada a 5% e 10%

Em frasco de 500 e 1000 cm³

Solutos de Lactato de Sódio e Cloreto de Sódio
com Cloreto de Potássio (Solução de Darrow)

Em frasco de 250 cm³

**MATERIAL PARA INSTALAÇÃO DE BANCOS DE SANGUE:
TRANSFUSO VAC, PLASMA VAC, CONJUNTOS DE
COLHEITA E ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE.
PLASMA HUMANO NORMAL SECO (IRRADIADO)**



Indústrias Químicas Mangual S. A.

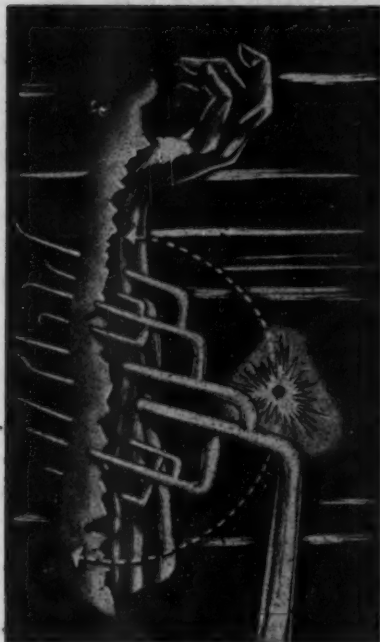
MATRIZ: Rio de Janeiro — Rua Paulino Fernandes, 53-55 — Tel.: 46-1818
C. Postal 3.705 — End. Telegr. "PICOT"

LABORATÓRIOS: Duque de Caxias — Estado do Rio — Rua Campos, 543

FILIAL: São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Tel.: 32-9626

End. Telegr.: "BAXTER"

sedorga Labor



COMBINAÇÃO DOS MAIS
ATIVOS ELEMENTOS

- Metil melubrina
- Novatropina
- Papaverina
- Cloridrato de difenil
acetil dietilamino etanol

Contra: Dores nevralgicas
Espasmos da musculatura lisa

sedorga Labor

GOTAS — INJETÁVEL

Antiespasmódico — Analgésico



LABORTERAPICA S. A.

(Uma instituição apoiada na confiança do médico)

SANTO AMARO (SÃO PAULO)

ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingul, 114 - Fone, 36-8181 - Caixa Postal, 1574 - São Paulo, Brasil

Assinatura por 1 ano Cr\$150,00 — Número avulso . . . Cr\$15,00

VOL. LXV

ABRIL DE 1953

N.º 4

Rutura uterina em grávida a termo cesareada

Dr. JOSÉ SALDANHA FARIA

Cirurgião do Sanatório São Lucas.

Complicação pouco comum em clínica obstétrica, é a rutura espontânea do útero em grávida a termo, ao nível da cicatriz de uma operação cesária corporal.

Eis a nossa observação:

G. R. M., com 30 anos de idade, branca, casada, brasileira, residente nesta Capital. Segunda getação. A primeira gravidez foi interrompida aos sete meses com extração de um feto morto, por uma operação cessárea clássica, tipo Opitz, em Agosto de 1940. Desconhecemos as causas que levou a paciente a esta intervenção.

A gravidez atual data de 14 de maio de 1950 — Procurou-nos em 18 de fevereiro de 1951, com a sua gestação a termo, sem prévia manifestação de trabalho de parto. O quadro clínico se iniciou espontânea e bruscamente com dores persistentes, em forma de cólicas, localizadas no baixo ventre, que logo se generalizaram a todo o abdomen.

O exame da paciente, revelou grande agitação e palidez, suores frios, dispnéia, pressão arterial máxima 60 e mínima 40 — Temperatura 36 graus. Ventre globuloso, com uma cicatriz mediana infra umbilical; fundo uterino próximo ao rebordo costal, revelando uma gravidez a termo, onde não se manifestam os movimentos fetais e nem se auscultam os seus batimentos. Grande defeza e sensibilidade dolorosa generalizada a todo o abdomen, que impossibilitava a exploração; ausência de contrações uterinas. Ao toque vaginal após prévia assepsia, se comprova um cólo fechado com um feto em apresentação cefálica.

Diante deste quadro clínico alarmante de choque e anemia aguda, estabelecemos o diagnóstico de hemorragia interna, por provável ruptura espontânea do útero, sendo indicada uma laparotomia de urgência, que nos foi auxiliada pelo Dr. Enrico Ricco.

Fizemos realizar transfusões de sangue previamente e durante o ato cirúrgico. Anestesia geral com eter. Incisão infraumbilical elítica com excisão da cicatriz da operação anterior.

Aberta a cavidade abdominal, há extravasamento de sangue líquido e coagulado. Uma enorme brecha com bordas equimóticas e edemaciadas apanhava toda a face anterior do útero no sentido longitudinal, desde o segmento inferior até ao fundo uterino. Grande sufusão sanguínea tomava toda face anterior do útero.

As membranas amnióticas íntegras, faziam saliência através da ferida uterina.

Rompe-se artificialmente a bolsa das águas, extraindo-se um feto a termo, do sexo masculino, ainda com vida, que faleceu algumas horas após, apesar de todos os cuidados proporcionados. Dadas as condições da parede anterior do útero invadida por uma grande sufusão sanguínea e devido ao estado equimótico, duro e edematoso das bordas da ruptura uterina procedemos à histerectomia sub-total, facilmente executada. O pós-operatório decorreu sem anormalidade, tendo a paciente recebido alta no oitavo dia após o seu ingresso no hospital.

Esta grave complicação que é mais habitual durante o trabalho de parto é menos frequente no curso da gravidez. As grandes rupturas do útero, na maioria das vezes, levam a paciente a uma histerectomia.

É penoso sacrificar este órgão em pacientes ainda na idade moça e na fase de procreação. Entretanto a extirpação do órgão gestante é o único recurso heroico posto em prática para poder salvar uma vida. Infelizmente, o método conservador, para garantir a integridade funcional e de procreação é discutível, nas grandes rupturas uterinas. A histerorrafia efetuada nestas condições é insegura, o risco de uma nova ruptura seria de temer.

As estatísticas confirmam esta nossa impressão, sobre as vantagens da histerectomia nas grandes rupturas do útero. Petrén, citado por Doderlein, sobre 501 casos de ruptura uterina, por mecanismos diferentes, tratados pelo método conservador, teve 72% de mortalidade, e sobre 174 casos tratados cirurgicamente, a mortalidade baixou para 53%. Ivanoff dá 79% de mortalidade e Michailoff 80% nos casos não operados. A estatística do Instituto de Maternidade de Buenos Aires dá 53,84% de êxito em 13 pacientes com ruptura uterina que foram histerectomizadas.

A maioria das pacientes falecem de choque, anemia aguda e peritonite.

A verdade é que estas estatísticas falam antes da era dos antibióticos (penicilina, estreptomicina, etc.)

Quanto às causas das ruturas espontâneas do útero, podemos dividi-las de acordo com Baisch, em:

- 1.º) Inserção patológica do ovo.
- 2.º) Anomalias uterinas.
- 3.º) Adelgaçamento congênito ou adquirido.
- 4.º) Adelgaçamento adquirido pelo desenvolvimento em profundidade das velosidades coriáceas.
- 5.º) Divertículos uterino.
- 6.º) Inflamações.
- 7.º) Neoplasias.
- 8.º) Cicatrizes uterinas, a) consecutivas a operação cesárea, b) consecutivas à perfuração prévia do útero.
- 9.º) Sífilis.
- 10.º) Causas desconhecidas.

O diagnóstico diferencial poderia ser feito com o desprendimento prematuro da placenta e com uma rutura de veias varicosas. No deslocamento placentário prematuro, geralmente há perda sanguínea pela vagina, o útero se acha em estado de contração permanente, é tenso e simétrico, encontrando-se o produto dentro do útero. Nas grandes ruturas uterinas o feto pode estar fóra do útero, livre na cavidade abdominal, sendo facilmente palpável através da parede abdomen.

Na hemorragia interna por rutura de veia varicosa o quadro clínico está na dependência do calibre do vaso e na intensidade do sangue extravasado.

Nestes casos, estabelece-se um quadro agudo, sendo a dor de mediana intensidade.

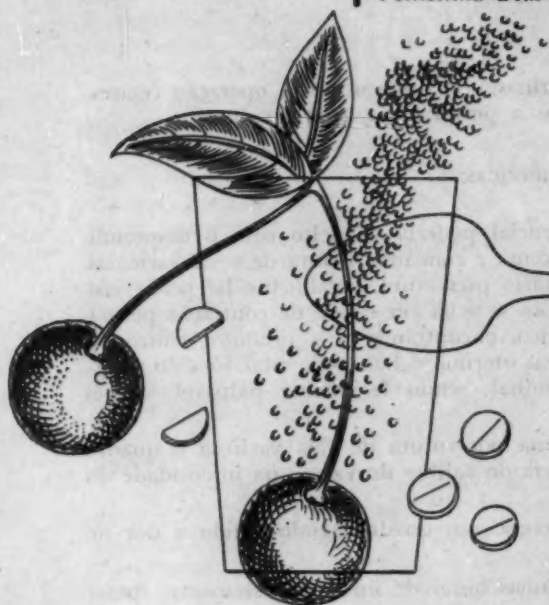
Mesmo passadas algumas horas de início dos sintomas, apesar do grau de anemia apresentado pela paciente, os movimentos fetais são ativos e se auscultam os seus batimentos. O toque vaginal revela sempre o feto palpável dentro do útero.

Não pretendemos, com a nossa comunicação, senão enriquecer a casuística existente sobre esta entidade.

O exercício muscular, mantendo as vísceras em boa posição, pelo fortalecimento das paredes do ventre e perineo, facilita os movimentos intestinais, e evita a prisão de ventre. Nas mulheres, prepara terreno para as contrações uterinas no trabalho do parto. — SNES.

Sulfacilin

Penicilina Oral com mistura tríplice de Sulfas.



Pó e Comprimidos

- Sulfadiazina
- Sulfamerazina
- Sulfametazina
- Penicilina

Adicionando-se água ao Sulfacilin Pó prepara-se uma solução fácil de se administrar e com gosto de cereja, realmente delicioso.

BRISTOL



LABOR.S.A.

SANTO AMARO (SÃO PAULO)

Lavagem das vesículas seminais por cateterismo endoscópico dos canais ejaculadores. Espermatocistografia

(Técnica do autor)

MATHEUS SANTAMARIA — F. I. C. S.

Da Academia Nacional de Medicina. Chefe da Clínica Urológica da Santa Casa
de São Paulo. — Brasil.

A condição essencial para o cateterismo dos canais ejaculadores é o tratamento das lesões uretrais, principalmente da uretra posterior onde o verumontanum deve ser minuciosamente cuidado. O verumontanum bem tratado e uretroscopicamente localizado é base para visualização dos orifícios dos canais ejaculadores e conseqüente cateterismo. Usamos as nossas sondas e cateteres. Os cateteres são ligeiramente curvos na ponta, variável em 5 tamanhos e as sondas de dois tipos: um simples conduto que dá passagem a uma sonda ureteral fina e outra de um calibre uniforme até uma oliva e além da oliva 1,2 cent. em forma de diábolo e na ponta ligeiramente olivar e romba, esta última porção é incurvada ligeiramente. Possui dois calibres diferentes. O uretroscópio que usamos é o de Demonchy com nossas modificações. Para aspiração e lavagem do campo, creamos ultimamente um dispositivo que por um simples manejo de uma alavanca pode á aspirar ou injetar uma solução anestésica com adrenalina. Este tipo de aspirador tem facilitado muito o nosso trabalho endoscópico. Quanto à técnica passamos a expor a que ultimamente elaboramos, modificando certos pontos de detalhe endoscópico acrescentando o contróle com a presença das sondas até completo enchimento das vesículas seminais observado pelo ecran fluroscópico. Uma vez bem preparado o verumontanum e os orifícios dos canais ejaculadores, fácil será o cateterismo pelos cateteres metálicos — o cateter é dirigido horizontalmente, ao longo do tubo, em direção ao orifício correspondente, ao chegarmos próximo a êle daremos uma ligeira obliquidade da direita ou esquerda para o centro conforme o lado e o colocamos no interior do canal ligeiramente, e aí êle é invertido para o lado oposto e docemente procuramos introduzi-lo até encontrarmos uma ligeira resistência correspondente à dobra que separa

a ampola do canal deferente da vesícula seminal. Isto mais ou menos a 1,5 ou 2 cent. Neste ponto procuramos aumentar pouco mais a obliquidade, empurramos ligeiramente — estará em boa posição. O assistente segurará este cateter já introduzido apresentando-nos outro para o cateterismo do lado oposto.

Conforme o calibre do cateter passado, há vantagens em fazer-se a dilatação que pode ser em uma sessão ou mais de uma, dependendo da tolerância do paciente. Na disposição em que os orifícios dos ejaculadores estão no utrículo, procedemos da seguinte forma: introduzimos o cateter até o utrículo, aí fazemos com que ele penetre ligeiramente, repuxamos para o lado do bordo utricular por tração lateral do cateter, observamos o fundo do utrículo e se o orifício é visto torna-se fácil a introdução. Caso não seja visto deslizamos o cateter lentamente, sem pressão e procuramos introduzi-lo, na maior parte das vezes conseguimos a introdução no canal ejaculador. Um dos cateteres já introduzido, fácil se torna conseguir a introdução do outro, pois o utrículo fica com os bordos ligeiramente afastados. Devemos salientar que com nenhuma dessas manobras sangra e se por acaso isso acontecer a hemorragia é insignificante. Caso a hemorragia seja grande é conveniente não insistir e deixar o cateterismo para outra sessão. As manobras são grandemente facilitadas pelo nosso aspirador-lavador: injeta-se líquido anestésico com adrenalina e imediatamente por uma manobra de abaixamento da alavanca aspira-se clareando o campo. A aspiração pelo tubo fixo do uretroscópio deve ser lenta e constante. Para sondagem dos canais ejaculadores, após a colocação dos cateteres, um em cada canal ejaculador já dilatados deixamos os dois cateteres em seus lugares mantidos por um segundo assistente, pois o primeiro nos passa o instrumental. A mucosa bem seca, boa visão e ausência de hemorragia, são condições essenciais à troca de cada um dos cateteres pela sonda. É de absoluta necessidade termos os cateteres no lugar. A colocação das sondas, sem o ponto de reparo fornecido pelo cateter é quasi impossível. O primeiro assistente deve nesse momento segurar a sonda próxima ao uretroscópio à mão. Nesse momento ajeitamos o cateter de modo a conseguirmos espaço na luz uretroscópica para a introdução da sonda. O cateter é seguro pelo primeiro assistente a nossa retaguarda e com a sonda em outra mão. Vista no campo uretroscópico solicitamos a sonda e a introduzimos acompanhando o cateter, ao chegar ao veru é com manobras muito leves, ajeitado para cima dele; nesse momento ordena-se a retirada lenta do cateter, que sai do ejaculador, oferecendo a abertura a sonda, que é mais grossa, e introduzida até a oliva. É ordenado a retirada do cateter definitivamente do uretroscópio logo no momento da sonda transpor o conduto ejaculatório. Essa sonda será mantida pelo segundo assistente, mesma manobra para o outro ejaculador. Estão realizadas as condições essenciais à injeção vesicular que será feita lentamente pelo assistente com uma seringa comum de 5 cc., enquanto segu-

ramos a sonda a ser utilizada com a mão direita. É sempre conveniente antes de iniciar a injeção retirarmos ligeiramente a sonda e em seguida injetar para fazer refluir cerca de 0,5 cc. de líquido com ar existente na sonda, imediatamente aspirado. Feito isso introduzimo-la ligeira e obliquamente para fora e com ligeira pressão procurando não fazer refluir o líquido a ser injetado.

Mesma manobra para a outra sonda. Injetamos de 2 a 5 cc. de contraste radiológico (segundo nossa fórmula, Neo-iodipina a 20%, com 5% de iodofórmio), controlando pelo ecran fluoroscópico o enchimento das vesículas seminais assim como a posição uniforme das sondas. Interrompemos a injeção nos casos de dor, demonstrando repleção e distensão da cavidade vesicular.

Quasi sempre há certo refluxo do líquido que é aspirado com aspirador graduado: a diferença entre o número de centímetros cúbicos injetados e aspirados é o quanto foi à vesícula. A radiografia é obtida como término final quando desejamos um documento gráfico.

Para os casos em que os orifícios dos canais ejaculadores estão dispostos irregularmente, principalmente na parte lateral do verumontanum, onde os cateteres derrapariam, quando mesmo os orifícios colocados no utrículo ou ao lado dele, mas oferecendo dificuldade e em caso de sangrar aos cateteres metálicos, é então que usamos com prudência o condutor metálico tendo no interior, manejável à vontade, uma sonda ureteral de pequeno calibre. Colocamos o tubo até as imediações do verumontanum e aí com as manobras de vai e vem empurramos a sonda lentamente. O cateterismo bilateral nem sempre é realizável na mesma sessão endoscópica; raramente isso acontece e nesse caso em face da dificuldade para reparar os dois orifícios ejaculatórios preferimos cateterizar um só deixando o outro para uma nova sessão.

DEFESA AUTOMÁTICA

Seja qual for a temperatura ambiente ou externa, a temperatura do corpo conserva-se: mais ou menos constante, raramente se afastando do normal mais de meio grau, mesmo quando o termômetro acusa muitos graus abaixo ou acima de zero. É um ato de defesa do organismo, no qual a pele desempenha importante papel.

Conserve a pele em estado de proteger seu organismo contra as grandes variações da temperatura externa, habituando-se aos banhos frios, ao exercício e às roupas adequadas. — SNES.

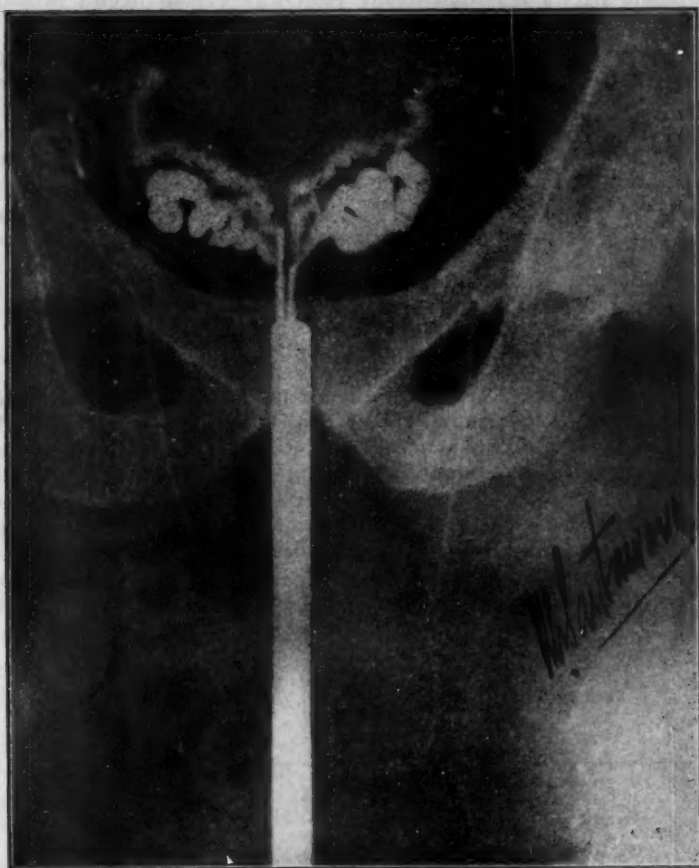


FIG. 1 — Espermaticistografia por cateterismo endoscópico dos canais ejaculadores. — (Técnica de Matheus Santamaria). — Estão bem contrastadas as vesículas seminais, canais deferentes e epidídimos —.

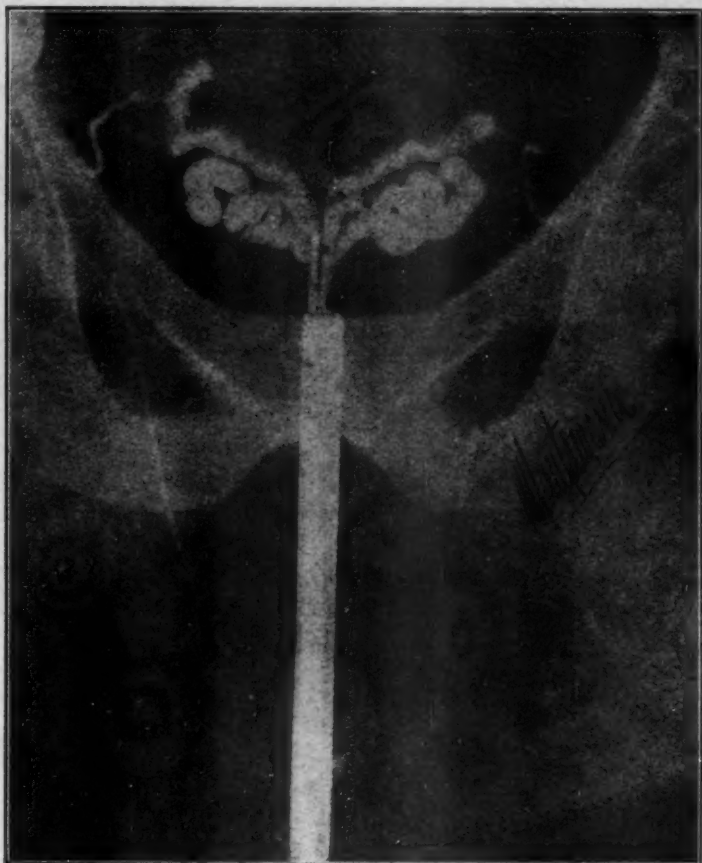


FIG. 2 — Espermatocistografia por cateterismo endoscópico dos canais ejaculadores. (Técnica de Matheus Santamaria). O uretroscópio foi conservado com as sondas nos ejaculadores; assim é possível fazer maior enchimento vesicular — sob controle radioscópico ou por radiografia seriada — o que foi feito no caso acima apresentando-se as vesículas e canais deferentes com seus epidídimos em maior repleção que na radiografia anterior.



FIG. 3 — Espermatocistografia por cateterismo endoscópico dos canais ejaculadores. (Técnica de Matheus Santamaria). O uretroscópio e as sondas foram retirados e obtida a radiografia acima. — Vemos as vesículas seminais — os canais ejaculadores — canais deferentes e epidídimos.

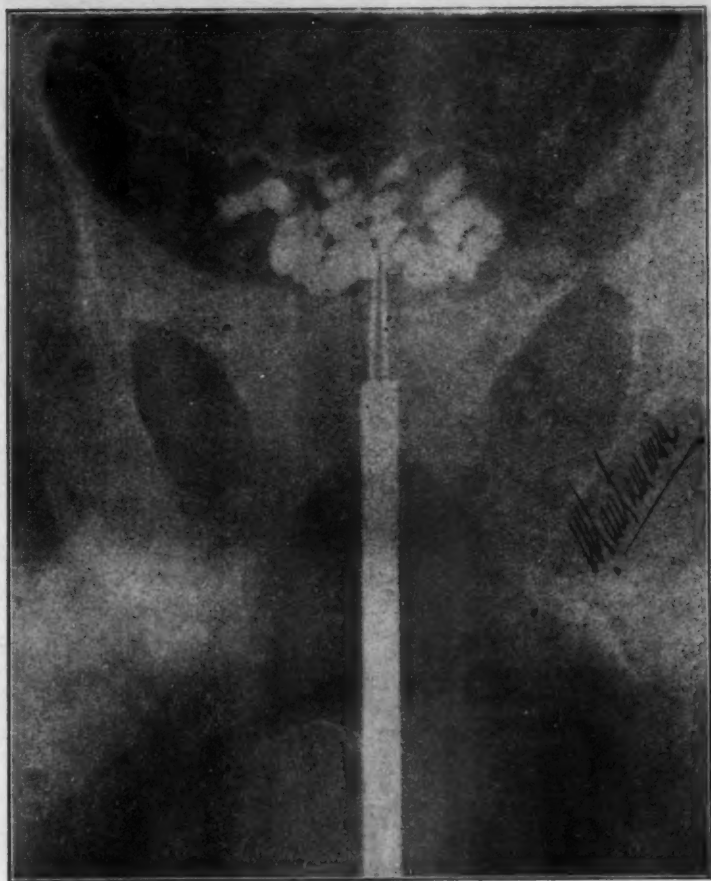


FIG. 4 — Espermatoctografia por cateterismo endoscópico dos canais ejaculadores. (Técnica de Matheus Santamaria). As sondas do autor foram conservadas nos canais ejaculadores.



FIG. 5 — Espermatocistografia por cateterismo endoscópico dos canais ejaculadores. (Técnica de Matheus Santamaría). Em oblíqua 45.º. — Depois de retirado o uretroscópio e as sondas. — Vemos bem contrastados os canais ejaculadores. — Vesículas, deferentes e epidídimos.

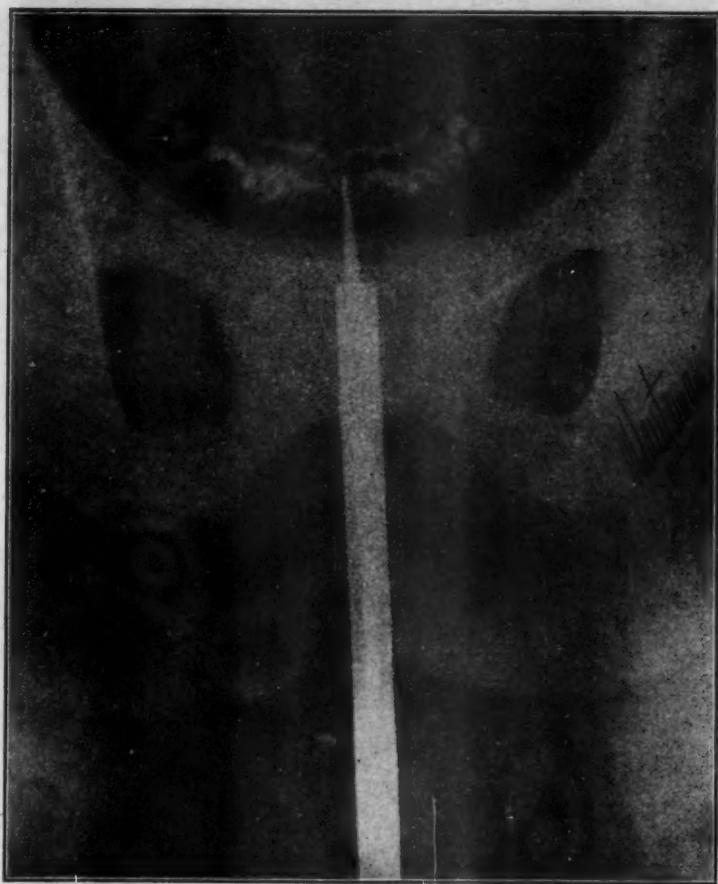


FIG. 6 — Espermatocistografia por cateterismo endoscópico dos canais ejaculadores. — (Técnica de Matheus Santamaria). Medio enchimento.

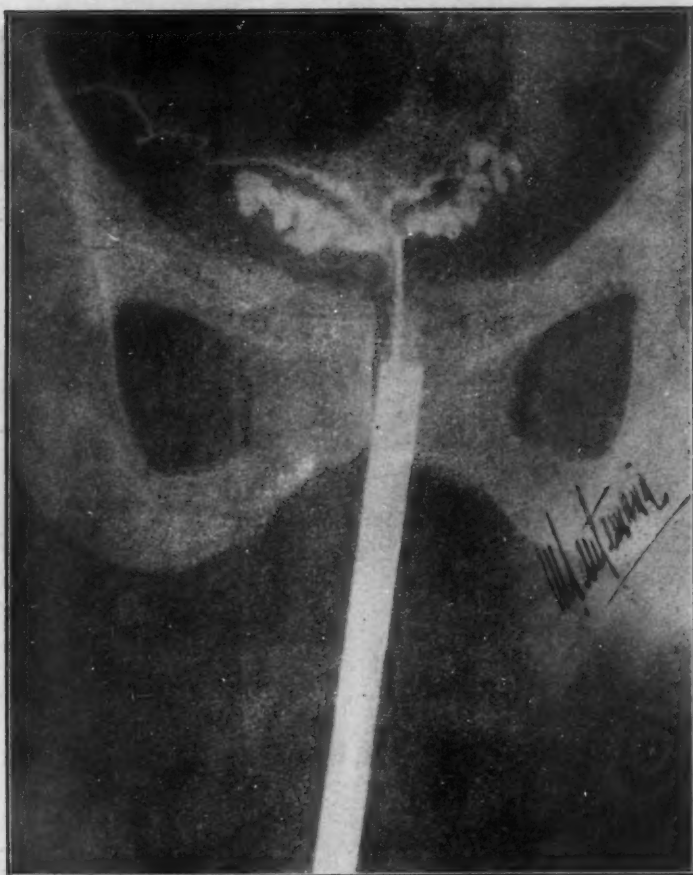


FIG. 7 — Espermatocistografia por cateterismo endoscópico dos canais ejaculadores. (Técnica de Matheus Santamaría). — Caso da radio anterior após maior enchimento e retirada de uma das sondas. — Vemos o canal ejaculador cheio de contraste, uma sonda no outro ejaculador, as vesículas mais claras, deferentes e epidídimos.

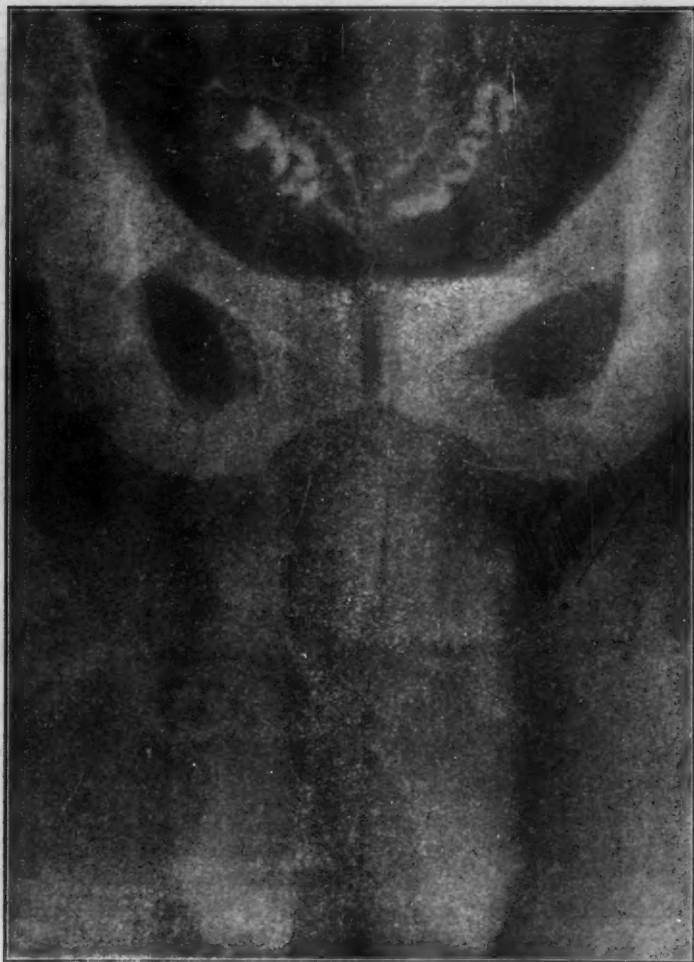


FIG. 8 — Espermatocistografia por cateterismo endoscópico dos canais ejaculadores. — (Técnica de Matheus Santamaria). Sequência da radio anterior. — Retirada a outra sonda e uretroscópio. — Os dois ejaculadores bem visíveis. — Vesículas, canais deferentes e epidídimos.

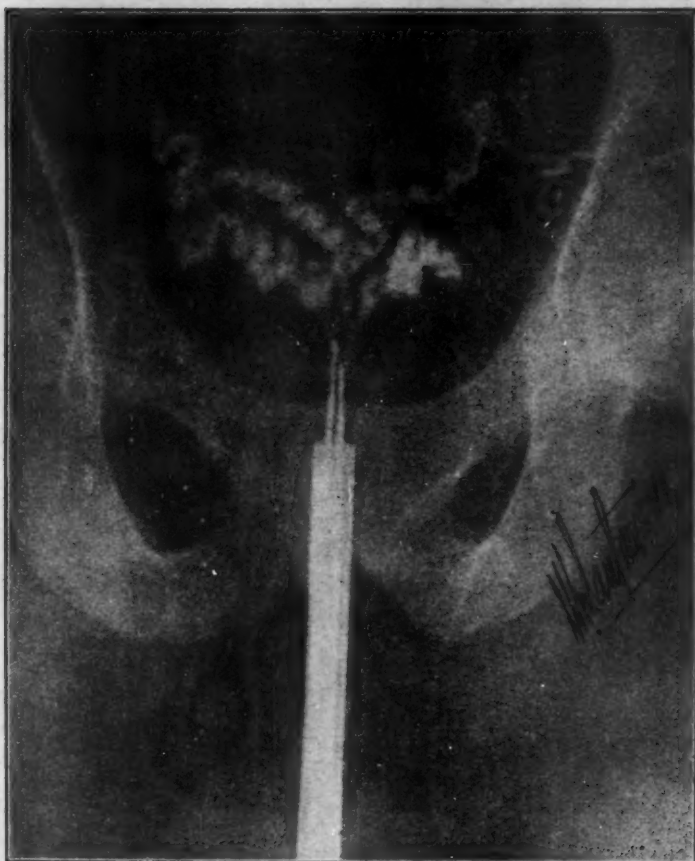


FIG. 9 — Espermatocistografia por cateterismo endoscópico dos canais ejaculadores. (Técnica de Matheus Santamaria). Radiografia obtida com a permanência do uretroscópio e as sondas do autor nos ejaculadores.



FIG. 16 — Espermatocistografia por cateterismo endoscópico dos canais ejaculadores. — (Técnica de Matheus Santamaria). Ejaculadores, Vesículas seminais, deferentes e epidídimos bem contrastados. — Radiografia após a retirada do uretroscópio e sondas dos ejaculadores.

Resfriados gripe

NOVALGINA-QUININA



**Tratamento
abortivo,
causal e
sintomático**

Tubos com 10 drágeas de 0,25 g.

Nefroptose e seu tratamento cirúrgico

(Técnica do autor)

MATHEUS SANTAMARIA — F. I. C. S.

Da Academia Nacional de Medicina. Chefe da Clínica Urológica da Santa Casa de São Paulo. — Brasil.

Algumas descrições sumárias sobre o rim móvel, já no século XVI foram feitas por Mesme em 1561 e François Pedemontanus em 1581. Em 1649, Riolano dá uma descrição mais pormenorizada. Essas descrições obtidas em necropsias eram já de per si imperfeitas. Somente em 1825 é que Baille descreveu, com base clínica, essa entidade, tendo dúvidas sobre a verdadeira natureza da afeção descrita por não ter praticado a necropsia do paciente, mas, tivemos os casos de King, Girard e Aberle com descrição clínica e controle necroscópico. Uma descrição clínica baseada em oito casos dos quais quatro foram controlados por necropsia e que ainda em nossa época apresenta o seu valor científico dado a justeza das observações, foi a de Rayer em 1841, senão vejamos: "A mobilidade dos rins estado que permite aos rins de abaixar-se, deslocar-se para diante, para traz ou para cima, abaixo do fígado é a fonte de vários acidentes, sobretudo de dores habituais do abdomen e do membro inferior correspondente, dores interpretadas como cólicas nervosas, fenômenos ipocondríacos e talvez, também, como nevralgias lombo-ischiáticas" e mais adiante diz: "A mobilidade dos rins constitue um estado mórbido pouco estudado e que é muito mais freqüente do que se possa imaginar".

Posteriormente acumulam-se as observações, passando de Fritz, Rollet, que escreveu a primeira monografia sobre o assunto, a Guyon, Albarran, Legueu, Israel até os nossos tempos com Marion, Kelly, Deming, Lowsley e muitos outros autores. A princípio foi uma terapêutica demolidora, o tratamento da nefroptose — a nefrectomia, — sendo que Wagner chegou a reunir na literatura 42 casos de nefrêctomia por rim móvel; os rins examinados, nada apresentavam de importante em sua estrutura; certos resultados, acarretando a morte, talvez por insuficiência do rim oposto, determinaram um novo caminho para a terapêutica conservadora (Trousseau — 1868).

As primeiras tentativas de nefropexia foram de Hahn em 1881, sem resultados, pois usava passar os fios somente na cápsula adiposa. Essa técnica foi melhor orientada por Bassini que tomava a cápsula fibrosa e um pouco do parênquima renal e Ceccherelli em 1884 pensou em suspender o rim na 12.^a costela; daí então, que se originaram as inúmeras técnicas e modificações técnicas da nefropexia. A descapsulização renal ideada por Lloyd em 1887 tendo por base as experiências de Tuffier e a prática clínica de Mazzoni e Ceccherelli e outros autores, estabeleceu a pedra de toque de todo o processo de fixação renal, chegando Franck em 1889 a apresentar 55 casos operados e Delagénière, posteriormente, 104, avolumando-se até nossos tempos as estatísticas.

A incidência do rim móvel varia muito segundo os autores, sendo porém, muito freqüente: Glenard 22%, Morris 7%, Kuttner e Landner 20%, Wolkow e Delitzin dá uma proporção de 80% para as mulheres e 20% para os homens, ao passo que Albu verificou 68% para as mulheres e 21% para os homens; Thonson-Walker, 5 a 10% no sexo feminino e 0,5 a 1% no masculino. O' Connor em 1118 exames encontrou 67 casos de rim móvel, dos quais somente 4 eram homens; Billington em 594 casos, o número de mulheres era de 527. Está visto que é muito mais freqüente em mulheres.

A nefroptose tem uma preferência marcada para o lado direito. Essa característica é confirmada por inúmeros autores: Glenard dá 99% para o lado direito assim como Litten, 75 a 80%; Papin, 85 a 90%; Mathé em 90 casos encontrou 70 do lado direito, 11 do esquerdo e 9 em ambos; Mackenzie em 515 casos encontrou 465 do lado direito, 49 em ambos os rins e no esquerdo só um.

A freqüência do rim móvel do lado direito tem por causa vários fatores que contribuem dêsse lado a seu estabelecimento: a fossa renal menos profunda é mais larga na sua extremidade inferior do que a esquerda, a fixação do ângulo hepático mais baixa, ao grande peso do fígado, nas trações do ângulo epato-cólico, na maior labilidade dos meios diretos de fixação do rim; certos autores incluem a influência do útero grávido que submete a uma distensão excessiva os meios de fixação renal, favorecendo o seu abaixamento.

E' verdade que as causas variam muito, podendo ser do próprio rim com seus meios de contenção e influência de órgãos vizinhos. Certos estados patológicos renais favorecem a sua queda e deslocamento, sem falarmos dos indivíduos com viceropiose geral onde o rim é parte. Há causas de ordem geral e local. Nas causas gerais entram em linha de conta a debilidade orgânica, emagrecimento, moléstias várias que acarretam enfraquecimento.

A aplasia congênita ou ipotrofia dos meios de contenção diretos do rim, a ipotonicidade ou insuficiência funcional dos meios indiretos de contenção, atingem a estática do órgão e também dos outros órgãos da cavidade abdominal. Estabelecidos estes proces-

so, a nefroptose pode se instalar. A função da presença da cápsula adiposa é discutida entre os autores. Em realidade a cápsula adiposa tem seu valor e quem tem operado freqüentemente casos tais, verifica que a gordura peri-renal, deve, forçosamente, oferecer meio de contenção, quando mais não seja, estabelecendo um coxim de enchimento na loja. As causas de ordem local são em grande parte atribuídas a influências diretas ou potenciais — as diretas como os choques, pancadas, quedas, grandes esforços — e as potenciais — compressões do busto, cintas que cumprimam o abdomen de cima para baixo, variações da pressão abdominal, tração de outros órgãos. Podem entrar em linha de conta as pequenas ou grandes deformações de coluna vertebral. Observamos o rim movel mais freqüentemente depois de trinta anos. E' encontrado mais a miúdo somente ele ptosado mas faz parte também do conjunto de esplanoptose, si bem que se de acôrdo com a maioria dos autores essa associação é pouco freqüente e isto baseado nas últimas conquistas da propedêutica urológica — Mathé em 90 casos de nefroptose somente em 7 encontrou esplanoptose e Kelly e Burnan em 245 casos só encontra am 26 com esplanoptose.

Os novos métodos propedêuticos vieram demonstrar o quanto é freqüente a nefroptose, pois a visualização renal tornou-se mais fácil e quasi que podemos dizer um exame de rotina em relação ao urograma, que naturalmente para isso deve ser obtido também, com film em posição ortostática.

Em nosso serviço fazemos sistematicamente um film nessa posição como integrante do exame urográfico. Nessas condições nos foi possibilitado de despistar um número muito grande de nefroptose que possivelmente em outras épocas não seria constatado. Normalmente os rins estão contidos nas lojas renais, recessos na região lombar dos dois lados, por trás do peritônio, indo da 12.^a vértebra dorsal à 2.^a ou 3.^a lombar, sendo o direito um pouco mais baixo meia ou uma vértebra, ficando o seu polo superior na altura do bordo inferior da 11.^a costela ao passo que o esquerdo fica ao nível do seu bordo superior. Os rins ficam obliquamente de cima para baixo e de dentro para fora, dentro de um espaço que podemos delimitá-lo por duas linhas paralelas, a superior passando pelas apófises transversas da 11.^a vértebra dorsal, e a inferior passando pelas apófises transversas da 3.^a vértebra lombar, os polos superiores distam cada um aproximadamente 5,5 cent. da linha mediana e os inferiores 6,5 a 8 cent. da mesma linha mediana, sendo que na mulher acham-se normalmente cerca de meia vértebra mais para baixo que no homem. Dada a sua situação anatômica os rins não podem ser deslocados para trás, para cima, para fora ou para dentro onde temos a interposição da coluna; secundariamente, porém, quando já tenha havido algum deslocamento para frente ou para baixo podemos vê-lo passar adiante da coluna e cruzar para o outro lado. O rim encerrado na sua cápsula de tecido fibroso que para cima os dois folhetos se juntam

ao passo que em baixo eles se aproximam logo depois do polo inferior do rim para em seguida deixar de se unirem e facilitarem, havendo uma predisposição ou condição que favoreça um afastamento pronunciado dos folhetos, a criação de condição a um deslisamento do rim para baixo.

Os pequenos traumatismos persistentes, os esforços exagerados, a compressão do busto, as cintas que para seguirem ditames da moda, determinem constrição acima do centro do rim, forcem o órgão a descer com compressão das costelas expulsando o rim de sua loja pela redução da fossa renal; êsses elementos todos agindo de maneira lenta e repetida na estática renal, podem provocar uma neproptose e principalmente havendo uma causa predisponente — conformação somática (Albarran), perda do tonus muscular.

A gravidez, a cistocèle, a constipação crônica, trabalhos que obrigam a ficar em pé longo tempo, são imputadas como causas de nefroptose e também segundo Goelet é freqüente nos ferroviários viajantes e nos operários de construções, Burge nas telefonistas, Roskam nas empregadas de balcão. Para Cruveilhier a pressão do fígado sobre o rim é uma das causas de nefroptose.

As variações de pressão intra abdominal de certas condições patológicas — remoção de acite, retirada de grande cisto ou tumor — poderão ser imputadas como determinantes de nefroptose. E' também focalizado os estados patológicos do fígado ou outros como coleções sub-frênicas ou pleurais; as trações do ângulo hepático do colon que se abaixando e pelas fixações que apresenta com o folheto anterior da loja renal podem alterar a conformação normal dessa loja perturbando o principal meio de contenção do rim favorecendo-lhe a queda. A nefroptose poder ser congênita (Alotta) mas ela é verdadeiramente uma afeção adquirida podendo apresentar-se única ou complicada a outras afeções do próprio rim ou dependente da ptose.

A nefroptose é uma afeção essencialmente de posição do rim e as perturbações conseqüentes derivam dela, não havendo manifestações degenerativas da substância renal de grande monta: encontramos sim, os efeitos da mudança de posição do órgão: encapsulamento do uretér efeitos sobre a função renal e sobre os vasos renais, esta ação sobre os vasos pode determinar a chamada cólica de Dietl — torção do pedículo alongado e estreitado com conseqüente obstrução e aparição de dor intensa, vômitos e colápsio ou o fenômeno bem assinalado por Cabot em dois casos — dor lancinante e hamaturia provocada por constrição com oclusão incompleta da veia renal. O quadro cessará colocando-se o paciente em Trendelenbourg. Cabot chegou a ter confirmação operatória do fato. A dilatação do bacinete e cálices é uma das conseqüências da nefroptose, estabelecendo-se um reflexo para a sua função que com o tempo, poderá ser prejudicada, associando-se uma albuminúria e às vêzes hematuria, podendo o rim ser sede de nefrite crônica, pieli-

te e pielonefrite. Está sempre sujeito dada a sua mobilidade anormal a se tornar infetado, e isto devido as freqüentes obstruções do uretér, no traumatismo constante determinando a estase renal. As artérias aberrantes vêm certas vèzes complicar o quadro, sendo responsáveis pela dilatação da porção intra renal do bacinete, o uretér se acavalando na artéria aberrante do polo inferior quando o rim sae de sua loja, além da natural compressão exercida pelo vaso.

Segundo o grau de deslocamento são considerados (Glenard) vários estados na nefroptose: a) nefroptose de 1.º grau — quando se pode palpar somente o polo inferior e o polo superior se encontra em relação com as últimas costelas; b) nefroptose de 2.º grau — quando se pode palpar a metade inferior do rim e êle se encontra totalmente abaixo das últimas costelas; c) nefroptose de 3.º grau — quando o rim abandonou completamente a loja e é possível apanhá-lo totalmente com a mão exploradora e êle se encontra no abdômem, podendo descêr até a bacia e mesmo atingir a linha média. O rim ptosado pode em sua queda máxima apresentar-se nas sedes as mais várias e posições diversas. Uma das possibilidades já verificada é o rim contrair aderências com os tecidos vizinhos chegando a imobilizar-se em nova sede e apresentar dificuldades no diagnóstico diferencial com rim ectópico. A cápsula supra-renal não acompanha o rim na sua migração sendo pouco freqüente, mas possível o seu estiramento. Em todos os casos por nós operados a cápsula supra renal não estava influenciada. Os órgãos vizinhos podem ser comprimidos. O pedículo renal sofre um estiramento que segundo alguns autores chega a ser de 12 a 15 centímetros cuja tração excessiva do rim sobre êle determina um desvio da veia cava e também da aorta no sentido da tração (Glautteray e Gosset, Pasteau). O rim em ptose pode apresentar além das alterações imputáveis diretamente a sua mobilidade como calculose, nefrite, pielonefrite, idronefroze, aderências inflamatórias com as paredes ou órgãos que estabeleceu contacto etc., mas também outras afeções não inherentes ao estado ptosico, como tuberculose, neoplasias etc.

Segundo Biondi a tuberculose e as neoplasias, principalmente o sarcoma, pelas causas traumáticas encontrariam terreno em um rim ptosado. A apendicite, segundo uma concepção de Edelbohls aceita por Legueu, pode ser determinada por uma nefroptose por distúrbios circulatórios devido a compressão no campo da veia mesentérica superior que dá origem a ramos para jejuno, íleo ceco e colon ascendente, provocando congestão passiva, influenciando a inflamação do apêndice.

A sintomatologia da nefroptose tem suas variações de indivíduo a indivíduo e é o que de mais complexo se possa observar — às vèzes, mesmo em ptoses de alto grau, não observamos nada digno de nota ou pequenas perturbações em desproporção com o deslocamento e daí a uma gama de distúrbios mais acentuados — crises dolorosas graves, complicações impressionantes, nevroses tena-

zes e mesmo complicações que chegam a ser mortais. Existindo outras ptoses viscerais as manifestações podem se associar entre si e não ser possível distinguir qual em verdade o órgão responsável em primazia, sendo um complexo sindrômico.

A diversidade sintomática e a sua intensidade depende muito das taras nevroticas peculiares do indivíduo e é devida ao modo de estabelecer-se a nefroptose e em relação às várias complicações que insurjam. A ptose que se estabeleça mais ou menos violentamente, por traumatismo, movimento intempestivo, acesso de tosse, queda, etc., sobre vêm uma dor violenta no flanco como se alguma coisa se houvesse destacado internamente, sobre vindo fenômenos simpáticos — náuseas, dificuldade respiratória, lipotimia, suores frios, pulso filiforme, freqüente, aritmico, intensa agitação nervosa, vômitos; o contrário acontecendo quando a nefroptose se estabelece lentamente, os sintomas subjetivos se apresentam de uma forma infiltrativa, aos poucos, com simples sensações de peso ou repuxamento na região lombar; quando há dor ela é surda, contínua ou subintrante na região; em certos períodos pode a dor ser aguda em forma de acesso, seguindo em regra a irradiação clássica das dores renais agudas para o testículo ou vulva. Aos fenômenos dolorosos do próprio rim, podem se associar as perturbações a cargo dos órgãos vizinhos — perturbações digestivas, gastralgia, vômitos e também perturbações intestinais diarréicas ou constipação. O estado geral do paciente é francamente perturbado por esse quadro, influindo sobre a nutrição e a parte psíquica — emagrece tornando-se apático, irritável, triste e arredio ao trabalho, culminando por uma neurastenia. Associam-se a essas perturbações extrínsecas as do próprio rim determinadas pelo anormal comportamento da eliminação da urina pelos obstáculos que se antepõem ao seu fluxo com retenções mais ou menos marcadas e intermitentes e que perturbam o próprio funcionamento renal. A variação dessas perturbações é grande, havendo certas ptoses renais que pouco apresentam de notável, sendo reveladas por um exame radiográfico. De acordo com a predominância do sintoma classificou-se três síndromas — doloroso, dispéptico, neurastênico. Não é raro verificar-se em alguns casos, albuminúria agravada pela posição ortostática, e mesmo hematuria mais diretamente causada por crises de retenção piélica; verifica-se também o que podemos chamar de bexiga irritável: freqüência e urgência da micção que é acompanhada de sensação de ardência, mais comum nas mulheres e muito mais predominantes durante o dia. Este estado pode se acentuar dando como fim uma cistite crônica. Foi assinalado, devido a compressão dos canais biliares, dando icterícia e apesar de não estar demonstrado, certos autores acreditam nesses fenômenos associados a nefroptose, que podem predispor a colelitíase. O que é verdade é que se tem observado a existência de colelitíase em portadores de nefroptose, não se tendo provado se a causa da afeção biliar é

Foge....



PERTIRAN

FILIAIS:
RIO DE JANEIRO
PORTO ALEGRE
BELO HORIZONTE
RECIFE - SALVADOR
CURITIBA

Ind. Farm. Endochimica S. A.

S. F. E. P. INSCRIÇÃO 159

MATRIZ:

Avenida Sto. Amaro, 1239 - S. Paulo

END. TELEGRÁFICO
"ENDOCHIMICA"
TELEFONE 8-2138
CAIXA POSTAL 7230

PERTIRAN

Descongestionante e desinfetante das mucosas

**Ação terapêutica
imediata e duradoura
*nas rino-faringites e conjuntivites***



**Isento de efeitos
*secundários indesejáveis***



FILIAIS:

RIO DE JANEIRO
PORTO ALEGRE
BELO HORIZONTE
RECIFE - SALVADOR
CURITIBA

IND. FARM. ENDOCHIMICA S.A.

S. F. E. P. INSCRIÇÃO 199

MATRIZ:

Avenida Sto. Amaro, 1239 - S. Paulo

END. TELEGRÁFICO:

"ENDOCHIMICA"

TELEFONE 8-2138

CAIXA POSTAL 7230

conseqüente a nefroptose. Tem sido assinalado a ação do órgão ptosado determinar congestões anexas por compressão da veia útero-ovárica e como causa de aborto ou parto distócico.

Arlotta e Orum apresentam casos de aborto, que para eles, foi causado pelo rim móvel. Segundo Brown é possível uma glicosúria quando a tração se exerça sobre o duodeno e indiretamente sobre a cabeça do pâncreas — em favor dessa sua assertiva apresenta dois casos de nefroptose que após a nefropexia, viram desaparecer a glicosúria.

Para o diagnóstico da nefroptose ocorrem todos os elementos propedêuticos que dispomos desde a simples palpação até a uretero-pielografia retrógrada, além dos elementos colhidos pela anamnese. Não nos deteremos a descrever esses meios que, principalmente, nos últimos anos, possuímos na Urologia, assinalando que sempre achamos de necessidade fazer os exames radiográficos, seja urografia excretora ou uretero-pielografia retrógrada em posição dorsal e ortostática. Em nosso serviço os pacientes são submetidos sistematicamente a Urografia excretora e em seguida, conforme os dados à Uretero-pielografia retrógrada precedida de provas funcionais.

A evolução de nefroptose pode ser lenta e aparentemente silenciosa havendo casos em que por uma torção do pedículo pode se tornar mortal, e entre esses dois extremos observamos uma gama infinda de suas perturbações decorrentes da migração do rim e da retenção piélica; é de se assinalar como de grande importância a ocorrência de anúria em conseqüência do reflexo reno-renal. O prognóstico em relação à vida é favorável excluindo-se os casos avançados com alterações renais, que é reservado; quanto aos acidentes agudos, estão em relação direta ao exato conhecimento, no momento, e sua terapêutica imediata. O prognóstico torna-se muito mais favorável se recorrer-se ao tratamento cirúrgico pela nefropexia.

Quanto à terapêutica, vamos só abordar a cirúrgica, também rapidamente por pequeno esboço e descreveremos a nossa técnica, de nefropexia que vimos usando há anos, sendo ela a que nos parece poderá dar resultados bem satisfatórios, como a nós tem dado. Inúmeras técnicas têm sido descritas e praticadas para o tratamento da nefroptose baseando-se em cada um dos três princípios: a) Estabelecer a fixação por suturas agredindo o parenquima renal. b) Estabelecer a fixação por descapsulização ou não mas aproveitando a cápsula. c) Estabelecer a fixação usando a cápsula gordurosa ou tamponamento. Todas as operações de nefropexia devem ser completadas com uma ureterolise e quando há indicação com enervação (Papin, Herbst, Matheus Santamaria, Hess, Rathbun, etc.).

A via unanimemente aceita é a lombar. Pudemos computar na literatura que compulsamos 98 técnicas, contando com a nossa, para tratamento cirúrgico da nefroptose, o que seria fastidioso e impra-

ticável descrevê-las. Vamos, pois expor a nossa técnica que, pensamos, atinge cabalmente o fim a que se destina que é o de manter o órgão em sua loja em posição anatômica.

TÉCNICA DO AUTOR

Paciente em posição lateral com bastante elevação por coxim ou "pilet" flexionando fortemente do lado oposto e angulando a mesa para franca exposição da região costo vertebral. Incisão clássica de Israel, porém econômica. Exposição do rim-polo superior e inferior, fazendo a lixe do uretér, bacinete epedículo, eliminando qualquer aderência ou vaso aberrante, este, naturalmente conforme o critério em relação ao seu tamanho e porção irrigada. Com o rim completamente exposto e escorado por compressas faz-se a bisturi pequena abertura da cápsula na parte média da convexidade, por essa abertura introduz-se de forma sub-capsular uma tesoura curva longa fechada até a proximidade do polo superior (o polo superior deve ficar com uma pequena porção de cápsula em forma de capuz), desliza-se a tesoura e por essa mesma abertura capsular ela é introduzida transversalmente pela face anterior o suficiente para se obter assim um retalho capsular anterior; a mesma manobra para a parte posterior e assim teremos um retalho posterior — só é descapsulizado metade superior do rim, obtendo-se dois retalhos, um anterior e outro posterior. Conforme as aderências da cápsula a tesoura poderá ser deslizada para a face anterior e posterior da metade superior do rim até proximidade do bacinete.

Em cada ângulo desses retalhos, fixa-se por uma Deschamps um catgut 1 cromado, deixando-se as duas extremidades do fio longas e reparadas. No terço inferior e para fora da convexidade faz-se uma pequena abertura na parte anterior por onde passará a tesoura fechada, obliquamente para baixo até a proximidade do polo inferior, onde se abre a bisturi pequena abertura na ponta da tesoura, formando-se um túnel capsular — mesma manobra para a face posterior. Por esses túneis se passa por meio de uma pinça de corpo estranho de Marion uma fita de "Ribon-gut" abraçando o polo inferior, a curva da fita passando bem abaixo do bacinete ficando as duas extremidades livres na convexidade renal. Essas duas extremidades a meio centímetro da convexidade serão transfixadas por agulha com fio de catgut cromado n.º 1 e amarradas, deixando-se as extremidades do Ribon e do catgut longas e reparadas — assim o Ribon não poderá estrangular o rim. Retiram-se as compressas e em seguida com o indicador da mão direita ou esquerda conforme o lado passado por baixo do arco costal localiza-se o 11.º ou 12.º espaço intercostal conforme o possível estiramento ureteral o permita, e com a outra mão, com agulha de grande curvatura, transfixa-se de fora para dentro rente a costela e perfurando o ângulo costo diafragmático, fora da pleura, até a ponta aparecer, guiada

pelo dedo direito na loja renal — os fios que fixam o retalho capsular anterior serão passados. Mesma manobra para passar os fios do retalho capsular posterior. Esses fios serão fixados independentemente aos músculos intercostais, antes movimentando-se para cima e alojando-se o rim em boa posição; amarram-se os fios também entre si.

Procura-se boa localização para bascular o polo inferior, suspendendo-o também depois de verificar bem a posição do rim e sua bascula para fora. Sendo a fita anterior do Ribon passada nos músculos de dentro para fora em posição escolhida para suspender e bascular o polo para fora, na massa muscular anterior — mesma manobra para a fita posterior na massa muscular posterior da incisão. Para isso nos servimos de uma pinça especial curva e romba; fixa-se o fio de catgut, que amarra o ribon-gut em local escolhido na parte superior da incisão que permita a bascula do polo inferior amarrando-o. As fitas de ribon-gut serão reparadas, pois, só devem ser amarradas após sutura dos músculos. Aproximação da gordura peri-renal e faixa ao psoas e quadrado lombar que é suturado por alguns pontos, formando um coxim inferior recobrimdo também, com ela a parte inferior do rim exposto. Sutura dos músculos até a proximidade das fitas que serão reparadas por pinças junto aos músculos verificando-se mais uma vez a posição em que se deixará o rim pelo estiramento das fitas — essas pinças só serão fixadas nas fitas após essa manobra.

Terminar a sutura muscular que será por pontos separados. Por baixo das pinças que reparam as fitas, amarra-se um fio de catgut para não se fazer maior tração no rim da que já foi feita sob o controle da vista, antes do término da sutura muscular. Retiram-se as pinças e faz-se um só terminal das fitas de catgut, fixado com o catgut passado em volta com um nó. Completa-se a sutura. Pósoperatório: 15 dias conservando-se o leito em posição elevada nas extremidades (Tendelembourg). O princípio dominante de nossa técnica é colocar o rim em posição ótima, suspendendo-o e também favorecendo a sua bascula com o polo inferior para fora, permitindo estabelecer sob controle, no ato cirúrgico, boa drenagem píelica, dando correção a qualquer angulação ureteral.

RESUMO

O autor aborda o problema das nefroptoses expondo as suas causas e complicações e formas de estabelecer o diagnóstico, focalizando a orientação que segue em seu serviço terminando por descrever a técnica pessoal que praticou em 348 casos com resultados satisfatórios, sendo seu princípio — suspender o rim e fazer a bascula do polo inferior para fora. Este princípio estabelece condições ótimas a boa drenagem píelica e permite corrigir, sob controle, durante o ato cirúrgico, as angulações ureterais.



FIGURA N.º 2

Esquema do princípio de suspensão segundo nossa técnica — fixar, elevando o rim e basculando o polo pra fora.

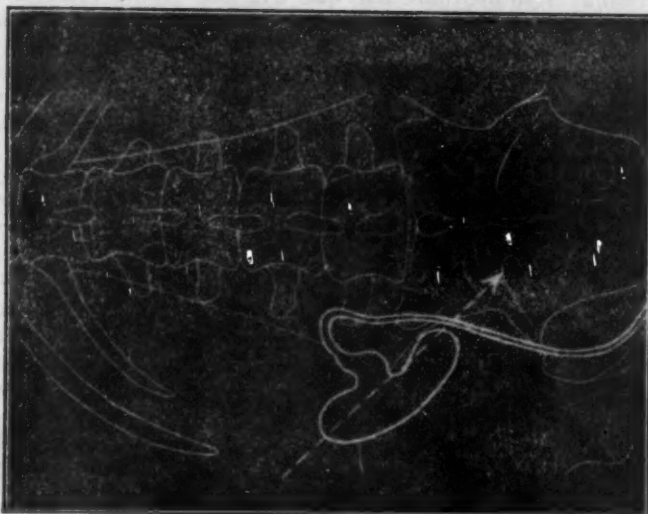


FIGURA N.º 1

Esquema de uma nefropiose.

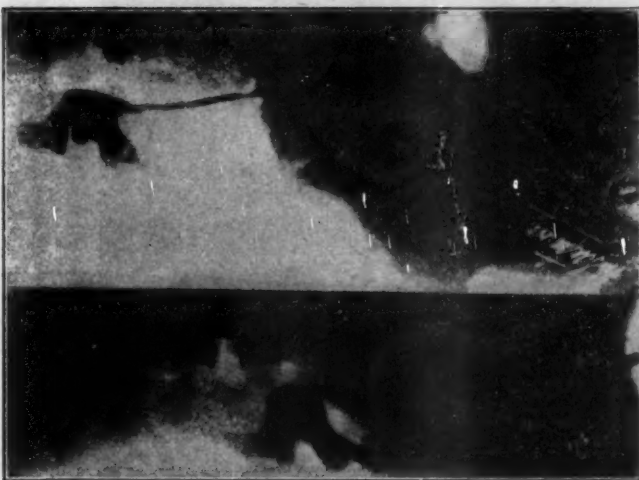


FIGURA N.º 3

Urétéro-pielografia antes e depois da nefropexia, pela nossa técnica. Ambas as radiografias foram obtidas em posição ortostática. Pode-se avaliar perfeitamente as condições em que fica o rim após a intervenção.

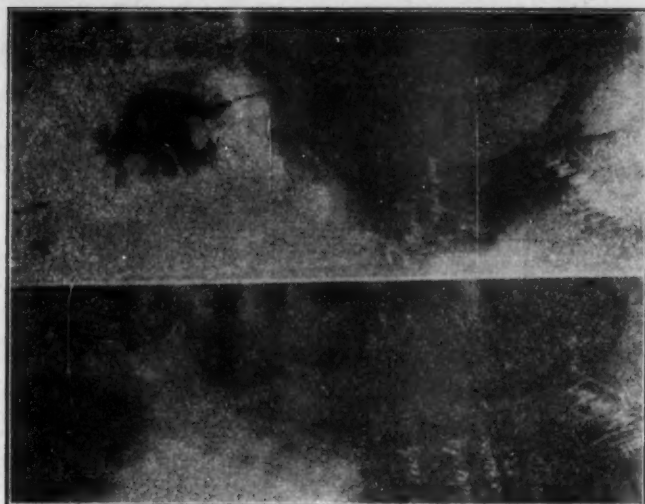


FIGURA N.º 4

Urétéro-pielografia antes da intervenção e depois. Obtidas em posição ortostática.



FIGURA N.º 5

Grande cálculo do bacinete e nefropose com dilatação pielocalicial. Rádio tingela onde vemos a imagem opaca do cálculo. Urétero-pielografia antes da pielotomia e nefropesia pela técnica pessal e urétero-pielografia após a intervenção. As duas em posição ortostática.



FIGURA N.º 6

Nefroptose do lado esquerdo. A urétero-pielografia antes da intervenção não poudeser com maior repleção por a doente queixar-se de muita dor no momento. — Pode-se ver, porém, muito bem a posição baixa do rim. A urétero-pielografia depois da intervenção demonstra o rim em posição ótima e a paciente a suportou. Sempre os filmes são obtidos em posição ortostática.

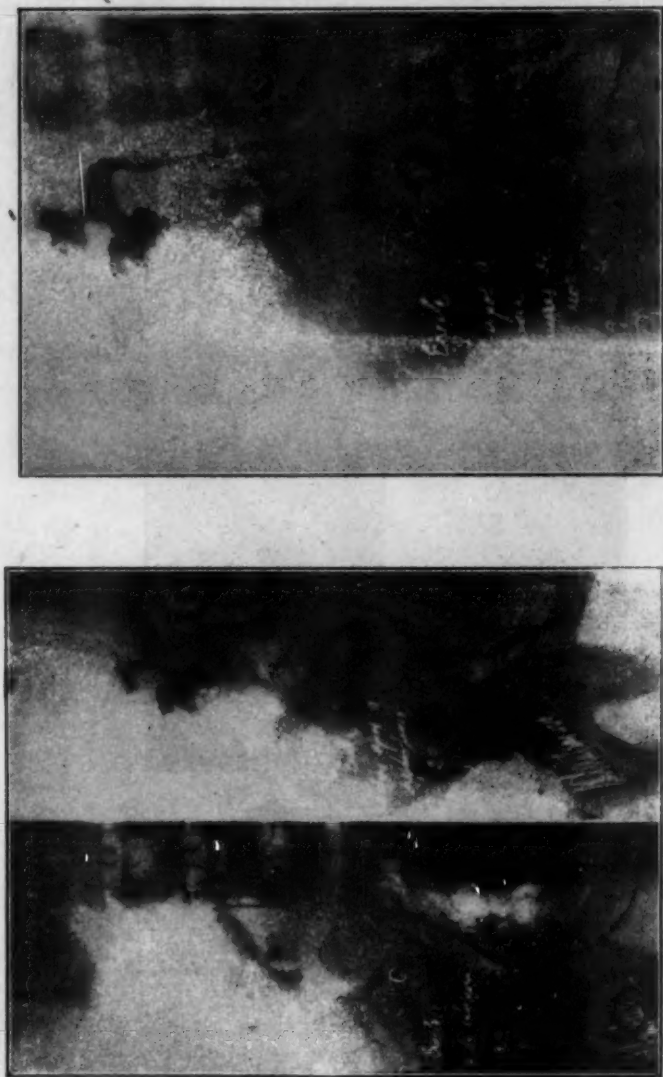


FIGURA N.º 7
Uretero-pielografia antes da intervenção e depois. A terceira é após uma gravidez e parto. O rim que estava em nefropiose, mesmo depois de uma gravidez e parto apresenta-se em posição ótima. Radiofrakas em ortostática.

TÉCNICA

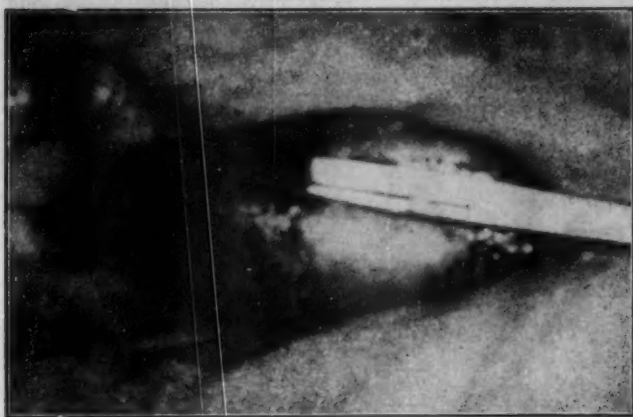


FIGURA N.º 8 .

Após pequena abertura da cápsula a bisturi na parte média convexa do rim, desliza-se uma tesoura curva, longa sob a cápsula até cerca de 2 cent. do polo superior.



FIGURA N.º 9

Pela mesma abertura, a tesoura é deslizada pela face anterior, parte média até próximo ao bacinete.



FIGURA N.º 10
Idêntica manobra na face posterior.

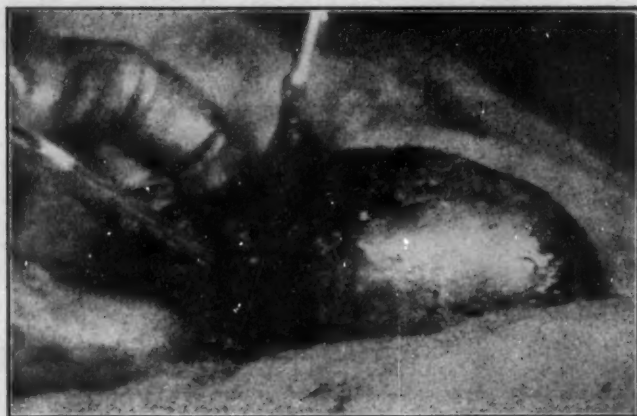


FIGURA N.º 11
Seccionam-se os túneis obtidos e descapsulisa-se, formando-se dois retalhos.

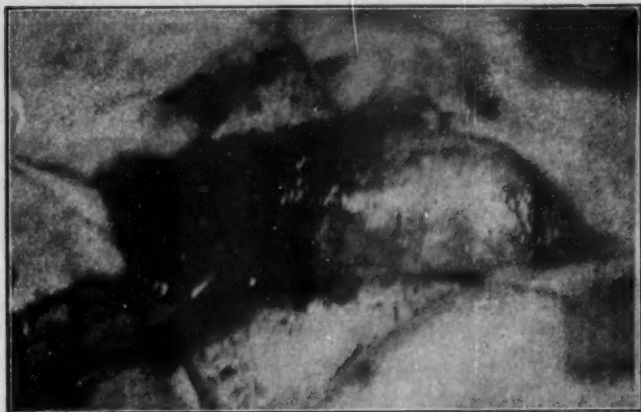


FIGURA N.º 12

Transfixa-se cada um dos retalhos a um centímetro da ponta com Deschamps e passa-se um fio n.º 1 de catgut cromado, deixando-se os dois ramos longos.

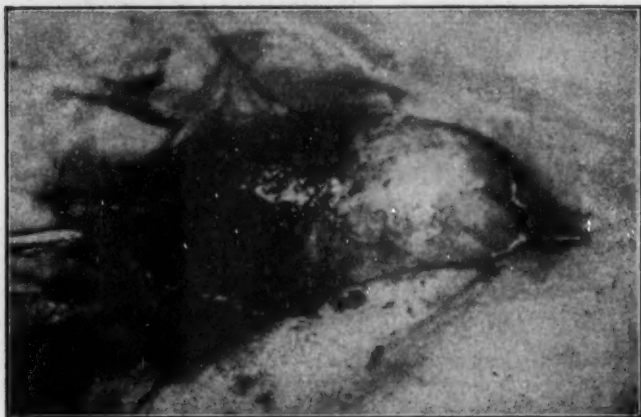


FIGURA N.º 13

Os dois retalhos com seus fios. Uma pinça mostra parte da cápsula no polo superior que não foi seccionada, formando um capuz e que reforça os folhetos, facilitando o estiramento com engajamento do polo na devida posição. A metade inferior do rim, conserva sua cápsula.

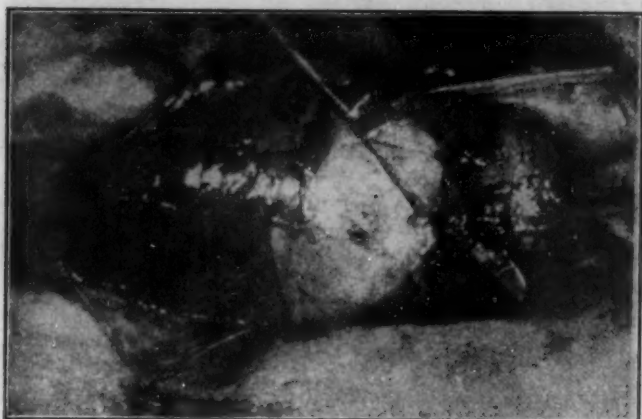


FIGURA N.º 14

Tunelização em obliqua da face posterior da cápsula, por duas pequenas aberturas capsulares feitas a bisturi, completadas pela passagem da tesoura fechada.



FIGURA N.º 15

Tunelização da face anterior. Deve-se deixar entre as aberturas dos tuneis, regular quantidade de cápsula.

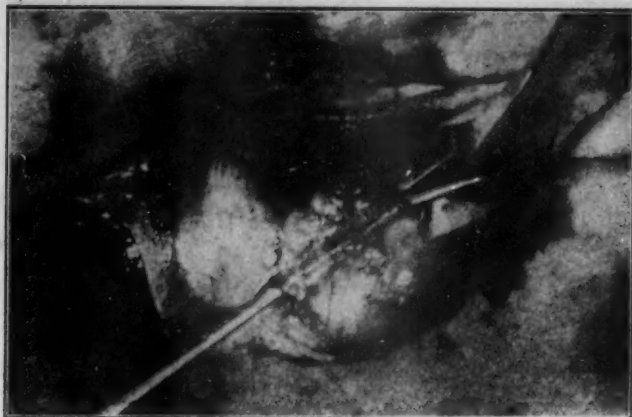


FIGURA N.º 16

Pinça passada pelo túnel e apreendendo a extremidade de um "Ribot-gut" na face renal anterior.

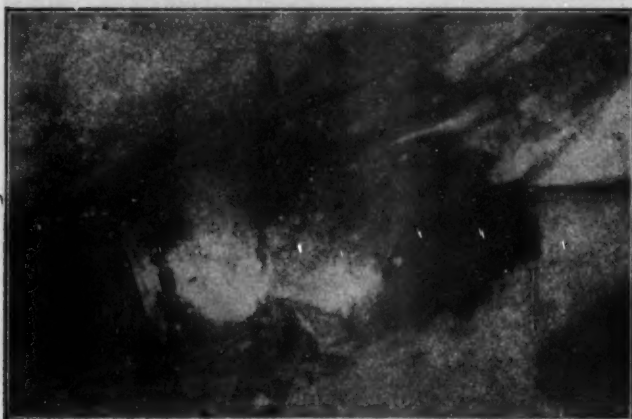


FIGURA N.º 17

Pinça ao sair do túnel com o "Ribon".

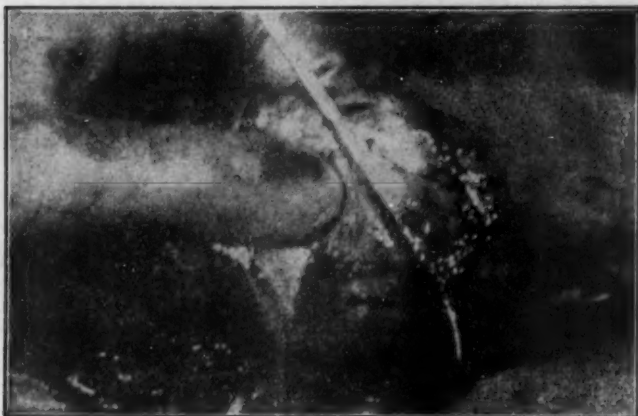


FIGURA N.º 18

A pinça apreendendo a outra extremidade do "Ribon" que vai formar uma alça envolvendo o rim no seu terço inferior.



FIGURA N.º 19

As duas partes da fita, são deixadas longas e a meio centímetro do bordo convexo renal, transfixamos com agulha as fitas e passamos catgut cromado n.º 1.



FIGURA N.º 20

O catgut é amarrado ligando as fitas e deixado com as extremidades longas. As fitas e o catgut serão reparados.



FIGURA N.º 21

Indicador direito reparando pela loja o diafragma e agulha no 11.º espaço intercostal para apanhar o fio capsular anterior. O fio capsular posterior é apanhado com outra manobra a dois ou três centímetros ao lado, no mesmo espaço.

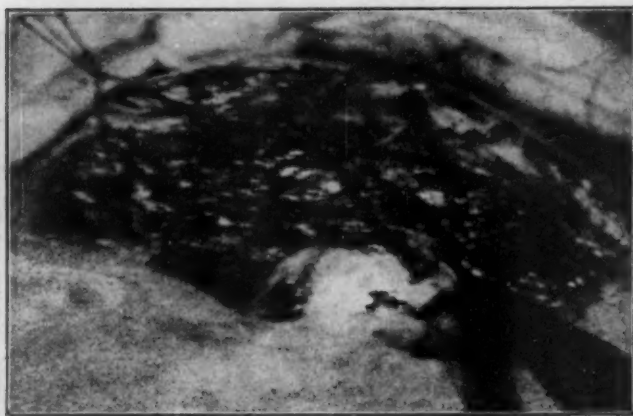


FIGURA N.º 22

Os fios serão presos por laçada no músculo independentes, tendo-se previamente suspenso o rim controlando o estiramento do urêter e em seguida amarrados entre si.

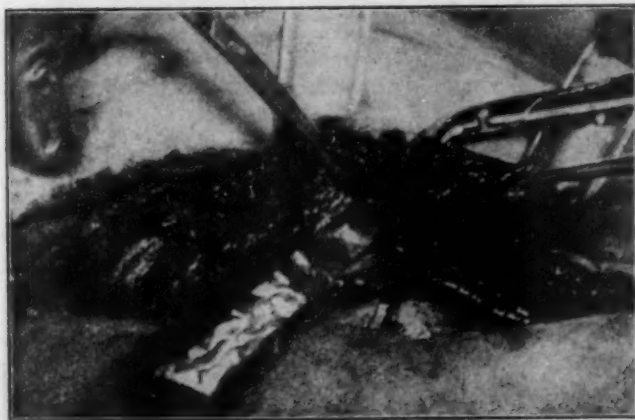


FIGURA N.º 23

Procura-se a posição ótima para reforçar a suspensão com controle do estiramento ureteral e delimitando a bácia para fora do polo inferior. Passa-se a algum espaço da incisão muscular na parte anterior e na posterior cada uma das fitas. Passagem da fita anterior.

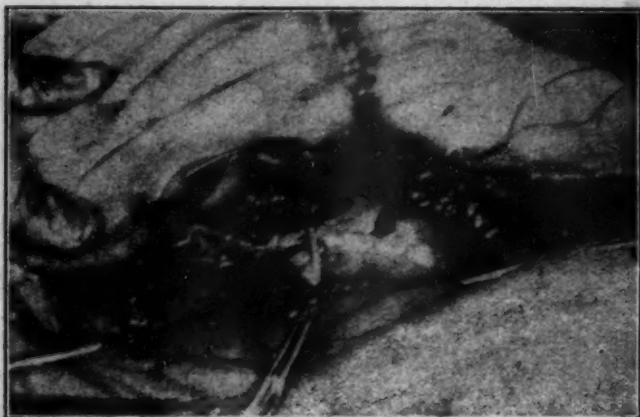


FIGURA N.º 24

Passagem da fita posterior. O polo superior já está em boa posição. Vemos o fio que amarra as fitas a meio centímetro do rim - deixando portanto uma folga e sendo impossível o estrangulamento renal.



FIGURA N.º 25

O fio que amarra as fitas é passado nos músculos na comissura superior da incisão ou próximo conforme a necessidade para a boa localização do rim e sua báscula. Vemos as fitas já passadas.

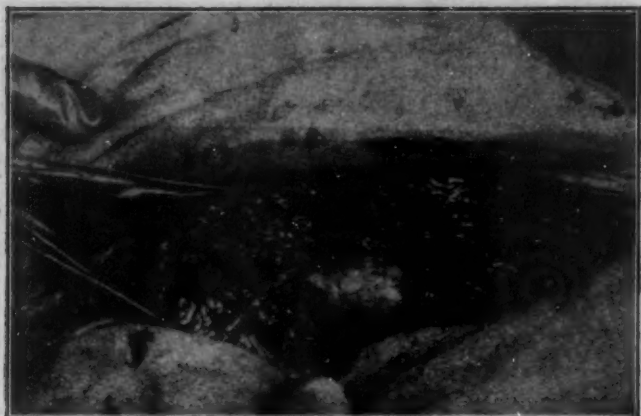


FIGURA N.º 26
O fio é estirado.



FIGURA N.º 27

O fio é amarrado, basculando para fora o polo inferior. — Em seguida, verificada a localização renal, as fitas devem ser reparadas na superfície de sua saída externa dos músculos, sendo a gordura e a faixa peri-renal suturada no quadrado lombar e psoas, abaixo do polo inferior e recobrindo o rim.



FIGURA N.º 28

Sutura parcial dos músculos. Por pequena abertura, controle final da posição renal e das fitas. Vemos as fitas separadas. Duas pinças facilitando a abertura e uma pinça no orifício mostrando a posição renal.



FIGURA N.º 29

Sutura muscular terminada. Pinças reparando as fitas junto da perfuração muscular, para não permitir maior movimentação renal além da já controlada. Amarrar com catgut as fitas logo abaixo das pinças.

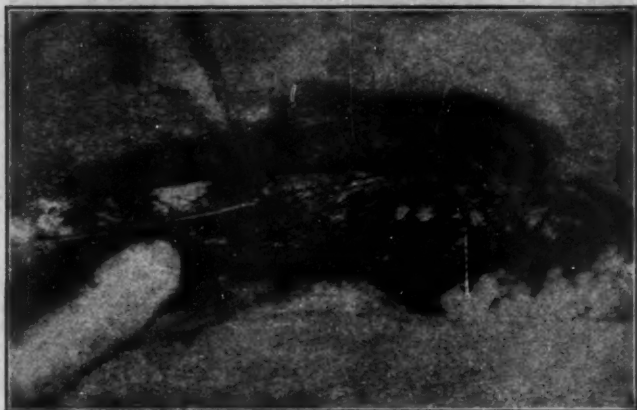


FIGURA N.º 30
Fitas já com o nó de catgut e amarradas entre si.

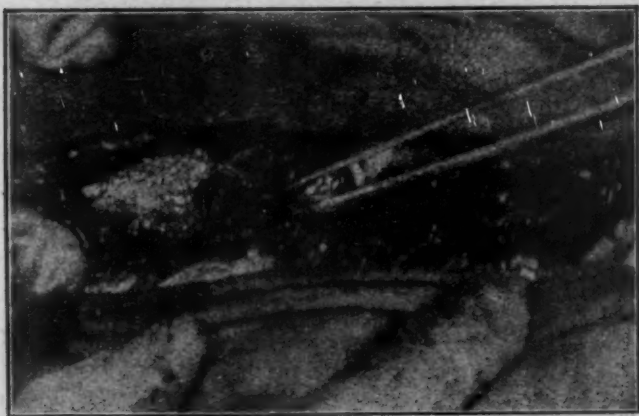


FIGURA N.º 31
Pinça mostrando o nó terminal por cima da sutura muscular.

Tumores intratorácicos benignos

Drs. JORGE A. TAIANA e

EDUARDO SCHIEPPATI

do Instituto de Cirurgia Torácica de Buenos Aires

com a colaboração do Dr. DECIO H. ZAGO, de Porto Alegre.

Constituem néoformações que se originam ou crescem para o interior do tórax, de evolução habitualmente muito lenta, assintomáticos ou oligosintomáticos, às vezes descobertos por cadastro, quasi sempre encapsulados e passíveis de um tratamento cirúrgico conservador. No que tange às complicações, que analizaremos a seguir, são de prognóstico *habitualmente* favorável. Excepcionalmente podem condicionar gravidade e inclusive a morte.

Analizaremos nossa casuística do Instituto de Cirurgia Torácica e da Tuberculose, que compreende 49 tumores benignos intratorácicos de acôrdo ao quadro seguinte:

PULMONARES	Parede	Hamartomas	5
		Tumores mixtos	1
		Adenomas	7
		Fístulas arteriovenosas ..	2
	Pleura	Neurogênicos	3
		Fibroma	1
		Lipoma	1
		Neurogênicos	1
	Mediastino	Enterocistoma	1
		Timomas	3
		Dermoideus	5
		Q. Celômico	3
		Q. Broncôgenos	2
		Bócios	6
		Esôfago (Leiomioma) ..	1
		Q. Hidáticos	2
		Aneurismas	5

O diagnóstico com exatidão foi possível efetuar-se em 47 casos. Nos 2 restantes (não operados) presumiu-se pela radiologia e pela evolução clínico-radiológica.

Nos 47 casos de diagnóstico exato se obteve por:

Punção	3
Broncoscopia e biopsia	4
Cervicotomia	3
Toracotomia	33 (70,2%)
Radiologia com contraste	2
Necropsia	2

Disto se deduz que só pôde ser feito o diagnóstico com exatidão, antes de todo tratamento cirúrgico, somente em 7 casos: 3 punções e 4 broncoscopias-biopsias.

A *sintomatologia* é em geral, muito escassa ou ausente. Foram achados casuais no curso de outra enfermidade, ou em cadáverto radiológico, 22 casos sobre 49 pacientes, ou sejam 44,8%.

Nos casos restantes a sintomatologia dominante foi: Tosse, hemoptise, dor torácica, expectoração purulenta, etc., sintomas geralmente devidas às *complicações*:

- síndromes compressivos
- lesões vasculares
- infecção intra ou paratumoral
- malignisação
- invasão das estruturas vizinhas (nervos, parede, canal raquiano, etc.)

Algumas destas *complicações* ou várias por vez, as registramos em 16 de nossos 49 casos: 32,6%.

Esta porcentagem fala por si mesma da *benignidade relativa* destas neoformações e do *prognóstico reservado* da mesma, até que sua extirpação não demonstre a ausência de malignisação e a reversibilidade das complicações. Isto implica no *tratamento cirúrgico*, que, permite realizar ao mesmo tempo o diagnóstico preciso da localização e tipo da lesão, sua extirpação e portanto a *profilaxia* das complicações. O tratamento radioterápico nós o consideramos inoperante dada a alta diferenciação destes tecidos tumorais.

Praticamos o tratamento cirúrgico em 42, dos nossos 49 pacientes (13 pulmonares e 29 não pulmonares). A *anestesia* empregada foi a *local* em 1 caso e a *geral*, com intubação traqueal nos 41 restantes.

A *cervicotomia* foi empregada como via de abordagem em 3 pacientes com tumores cérvico-torácicos anteriores. A *toracotomia* permitiu abordar os 39 restantes e foi:

— anterior	3
— lateral	1
— postero-lateral	35 vezes

A *mortalidade operatória* foi relativamente pequena. Perdemos 4 pacientes sobre 42 operados: 8,3%; 2 falecidos por um síndrome de insuficiência, renal aguda — nefrose do, nefrón distal

(em, um caso seguramente post-transfusional); 1 por choque operatório e hemorrágico e 1 por embolia pulmonar no 10.^o dia, quando ia ser dada a alta. Os restantes, 38 casos, curaram sem seqüela. Analisaremos sumariamente a casuística:

Tumores benignos pulmonares. — Somam 15 em total, dos quais 13 foram operados, falecendo 2 no post-operatório imediato (nefróse do distal e embolia pulmonar).

O grupo mais importante é constituído pelos *adenomas* que totalizam 7 casos, dos quais foram operados 6, praticando-se: 3 pneumonectomias, 1 lobectomia, 1 ressecção segmentária e uma toracotomia exploradora, que apesar de repetida meses após não foi possível extirpar a lesão por dificuldades técnicas. Destes 6 pacientes, um já havia sofrido a malignização do adenoma e outro estava em vias de produzir-se. Si agregarmos à estes dados que o 7.^o caso não se operou pois faleceu no pré-operatório imediato por uma hemoptise incoercível, compreender-se-á porque falamos de uma benignidade relativa destes tumores.

Seguem em importância 5 *hamartomas*, dos quais operamos 4, já que o quinto, em razão da ausência de sintomas, não aceitou a intervenção. Efetuaram-se 1 pneumonectomia (devido a que se suspeitou um cancer); 2 lobectomias e uma enucleação simples. Neste grupo dos tumores benignos pulmonares, incluímos 2 *fistulas arteriovenosas* (angiomas) que curaram com a lobectomia, uma das quais pode ser diagnosticada com precisão no pré-operatório mediante a angiografia seletiva com sondagem cardiopulmonar. Por último, operámos também 1 *tumor mixto* do pulmão, bastante volumoso, totalmente assintomático, que foi facilmente enucleado demonstrando tratar-se de um fibrocondroma.

Todos estes tumores pulmonares requerem quasi sempre o diagnóstico diferencial com os tumores malignos, nem sempre facil, já que a malignização é também uma possibilidade evolutiva das neóformações benignas. Quasi sempre é a toracotomia que conduz ao diagnóstico exato, como já analisámos.

Tumores benignos não pulmonares. — E' um grupo mais numeroso, que compreende 34 casos dos quais foram operados 29. Incluímos neste grupo, com um amplo conceito, 2 quistos hidáticos (um extirpado) do mediastino e 5 aneurismas da aorta torácica, 2 dos quais foram operados (1 falecido por nefrose do nefrón distal), praticando-se a envoltura dos mesmos com celofam e fácia de bovino.

Neste grupo consideramos:

a) TUMORES DA PAREDE TORÁCICA.

Tumores neurogênicos: 3 casos; operados com êxito, nenhum malignizado. Nos 3 pacientes, o diagnóstico de presunção se fez por cadastro radiológico, já que eram totalmente assintomáticos.

Em casuísticas mais numerosas (B. Blades, H. Sellors, etc.) ocupam uma maior porcentagem. Devem sempre ser operados, pois se malignizam de 20 a 30% (Graham, de Bakey, Creech, etc.). Raramente são bilaterais. Cesanelli cita um caso bilateral operado com êxito. Raramente sofrem amolecimento intratumoral: Chaladil publica um caso cavernificado que faleceu por repetição de hemorragias intratumorais e compressão vagal.

b) TUMORES DA PLEURA.

Operados 2: Um *fibroma* e um *lipoma*, sendo ambos facilmente enucleados, especialmente este último que foi abordado por uma toracotomia lateral com anestesia local. Existem ainda os lipomas parietais, que a partir da subpleura afloram aos planos músculo-cutâneos pelo espaço intercostal, outros dois grupos de lipomas intratorácicos, estudados por Haer e Andrus: Os cervicotorácicos e os mediastínicos puros.

c) TUMORES DO MEDIASTINO.

Compreende 29 em total. Excluindo-se os aneurismas e os quistos hidáticos já analisados, restam em total 22 casos dos quais se operaram 21, porque um (quisto dermoideu) decidimos não submetê-lo à intervenção cirúrgica devido às alterações cardíovasculares irreversíveis da paciente. Neste grupo consignamos:

<i>Tumor neurogênico</i>	1, do nervo frênico.
<i>Enterocistoma</i>	1
<i>Timicos</i>	3, 2 benignos e 1 em vias de malignização.
<i>Dermoideus</i>	5, operados 4.
<i>Quistos celônicos pericárdicos</i> ..	3
<i>Quistos broncogênicos</i>	2
<i>Bócios endotorácicos</i>	6, 3 anteriores e 3 posteriores (1 falecido por choque operatório).
<i>Fibroadenoma esofágico</i>	1, toracotomizado, não extirpado, por razões técnicas.

Restam outros tumores benignos que não figuram em nossa casuística, recordando somente: *Feocromocitomas*, com ou sem hipertensão arterial, diagnosticáveis pela prova do benzodioxane (Maier, Overholt, Koffler); *meningocéles*, que podem ser diagnosticados com precisão, às vezes, pelas modificações de tamanho que sofrem pela punção lombar seu enchimento parcial pela mielografia, etc, etc.

Existem outros ainda mais raros: *Tumores glômicos* (Brindley), *hibernomas* (Gery, Kittle, Boyle e Schafer, que alguns qualificam como simples lipomas); *tumores vasculares*, *angiomas* (Seybold, Mc Donald, Clegget e Harrington, etc.).

Em resumo: Analisámos nossa casuística que compreende 49 casos dos quais foram operados 42.

Insistimos na frequência (44,8%) em que são assintomáticos e só revelados pelo cadástro radiológico. Crêmos na necessidade da toracotomia exploradora ampla que permite além da comprovação do diagnóstico, o tratamento cirúrgico, quasi sempre conservador, que é profilático de complicações às vezes bastante graves: Malignização, compressão, invasão, infecção, etc., eventualidades que emprestam à estes tumores uma benignidade aparente ou n'um momento de sua evolução.

TUMORES BENIGNOS INTRATORÁXICOS

(49 casos)

		Operados	Não Operados
PULMONARES : 15			
	Hamartomas.....	5	4
	Tumores mistos.....	1	1
	Adenomas.....	7	6
	Fistulas arteriovenosas.....	2	2
NÃO PULMONARES : 34			
3 Parede :			
	Neurogênicos.....	3	3
2 Pleura :			
	Fibromas.....	1	1
	Lipomas.....	1	1
29 Mediastino :			
	Neurogênicos.....	1	1
	Enterocistomas.....	1	1
	Timomas.....	3	3
	Quistos dermoideus.....	5	4
	Quistos celômicos.....	3	3
	Quistos broncôgenos.....	2	2
	Bócios.....	6	6
	Leiomiomas (esôfago).....	1	1
	Aneurismas.....	5	2
	Quistos hidáticos.....	2	1
		49	42
			7

BIBLIOGRAFIA

- BICKFORD B. F. *Mediastinal cyst of gastric origin*. Brit. J. Surg., 1949, 36: 410. Surg. Gy. and Obst. 90: 1, 1950 (Int. Abstr.).
- BELLON B. y SOMMO L. *Sulle complicazioni suppurative pleuro-pulmonari dei teratomi endotoracici*. "La Chirurgia Toracica", Roma, 1950, 3/1. — "Exc. Med. Surgery", 1950, 11: 1327; 5981.
- BLADES BRIAN. *Tumors of the Mediastim*. "Annals of Surgery", 1946: 5, 768.
- BRINDLEY J. G. *Glomus tumor of the mediastim*. "J. Thorac. Surg.", 1949, 18: 3, 417. — "Surgery Excerpt. Med.", H, 2: 183, 1950.

- BRONET G. et COURRY Ch. *La Presomption de malignité dans les dysemoromes intra-thoraciques*. "J. Fr. chir. thorac.", 1950, 4: 93. — "Surg. Gy. and Obst.", 1950, 91; 5: 461 (It. Abstr.).
- BYRON F. X., ALING E. E. and SAMSON P. C. — *Intrathoracic meningocele*. "J. of Thorac. Surg.", 12: 279, 1949. — "J.A.M.A.", 1949, 141, 872 (Abstr.).
- CESANELLI A. *Neurofibroma bilateral del mediastino posterior*. "Anales de Cirurgia", Rosario, 1948, 13/4, 220. "Surgery Exc. Med.", 1950, 4, 63.
- CHILADIL G. *An interesting case of intrathoracic neurinoma*. "Surgery Exc. Med.", 1950, 11; 1327; 5979.
- DE BAKEY M. E. and CREETH O. *Mediastinal tumors*. "Texas State J. Med.", 1950, 46, 588. — "Semana Médica", 1950, 45: 942.
- FUGAZOLA F. *Cisti dermoide ad impianto diafragmatico*. "Nantius Radiologicus, Belluno", 1948, 14/3, 107. "Internal Medic., Excerpt Med.", 1950, 4, 1: 95.
- GRIFFIN H. E., GUILFOIL P. H., *Un caso de lipoma mediastinal*. "Anales de Cirurgia", 1948, 7: 11, 2332.
- KITTLE F., BOLEY J. O. and SCHAFER P. W. *Resection of an intrathoracic "Hibernoma"*. "J. Thorac. Surg.", 1950, 19: 830. — "Surg. Gy. and Obst.", 1951, 92, 1: 31 (Int. Abstr.).
- LAWRENCE E. A. *Tumeurs mediastinales de nature chirurgicale*. "Presse Med.", 1950, 63: 1119.
- MAIER C. H. *Kystes bronchiogeniques du mediastin*. "Annals of Surgery", 127, 3: 476, 1948. "Presse Med.", 1949, 57, 801 (Rev. des periodiques).
- MAIER C. H. *Intrathoracic Pheocromocytoma with hypertension*. "Annals of Surgery", 1949, 130: 6.
- MENDELSON H. J. *Intrathoracic Meningocele*. The "J. of Thorac. Sur.", 18: 1, 1949.
- OVERHOLT R. H. *Intrathoracic pheocromocytoma*. "Diseases of the Chest", 17, 1: 55, 1950.
- SAMSON P. C. HEATON L. D. and DUGAN D. J. *Mediastinal "tuberculoma" Surgical removal in four patients*. "J. Thorac. Surg.", 1950, 19: 333. "Surg. Gy. and Obst.", 1950, 91, 2: 149, (Int. Obst.).
- SELLORS H. *Mediastinal tumors*. Acta Cirurgica Belgica, Brussels, 1949, 48/6, 304. — "Surg. Excep. Med.", 1950, 4, 6: 670.
- SEYBOLD W., Mc DONALD R. J., THERON CLACETT O. and HARRINGTON W. S. *Mediastinal tumors of blood vascular origin*. "J. Thorac. Surg.", 1949, 18: 503. — "Surg. Gy. and Obst.", 2, 90: 152, 1950 (Int. Abstr.).
- SWEET R. H. *Intrathoracic goiter located in the posterior mediastinum*. "Surg. Gy. and Obst.", 1949, 89/1.

OUVIDO E SAÚDE

Os defeitos da audição, frequentemente, são progressivos. Quando descobertos no início, o tratamento levará à cura ou, pelo menos, ao estacionamento do processo.

Evite males incuráveis, procurando o especialista ao sentir os primeiros sinais de perturbações da audição. — SNES.

Elefantíase dos membros inferiores

(Tratamento pela dermo-fibro-lipectomia seguida de enxerto livre de pele)

DR. ROBERTO FARINA

Encarregado da Seção de Cirurgia Plástica e Reparadora da Clínica Dermatológica (Serviço do Prof. J. de Aguiar Pupo) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Hospital das Clínicas.

A elefantíase pode ser considerada como o estágio final do linfo-edema crônico.

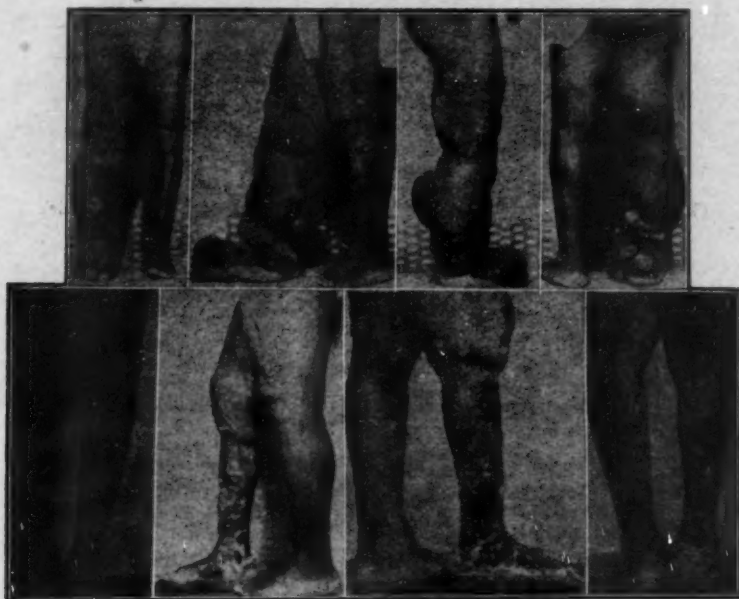
Até há bem pouco tempo a elefantíase era considerada moléstia incurável. De fato todos os meios empregados quer clínicos quer cirúrgicos davam quasi sempre resultados pouco satisfatórios. Desde as primeiras tentativas feitas por Handley (7) em 1908 (linfangioplastia) para o tratamento dos estádios pré-elefantiásicos (linfo-edema) até a operação proposta por Kondoleon (8) e modificada por Sistrunk (16) para o tratamento da elefantíase os resultados foram sempre pouco animadores. Não obstante, alguns autores (1-17-18) acham que se podem obter resultados satisfatórios com a operação de Kondoleon.

Atualmente a orientação cirúrgica proposta por Macey (9-10) para os quadros elefantíasicos, permite-nos colher resultados definitivos e bem satisfatórios.

Casos. — Operámos nos nossos serviços 17 casos, sendo 15 de elefantíase nostras, 1 de elefantíase congênita bilateral (doença de Miroy) e 1 de elefantíase graecorum.

Sintomas e sinais. — O membro inferior por condições inerentes à sua situação apresenta condições menos favoráveis à circulação veno-linfática. Daí o aparecimento freqüente de grande número de entidades mórbidas intimamente relacionadas com as alterações circulatórias.

Na elefantíase os tegumentos se apresentam grandemente espessados. Sua consistência é maior nas partes mais declives, apresentando freqüentemente sobre o dorso dos pés e no 1/3 inferior da perna dermatite verrucosa. Podemos notar, também, a presença de sulcos mais ou menos profundos. Nos casos mais avançados pode haver fistulas por onde se escoam abundantemente a linfa. A locomoção é difícil e até penosa em virtude do grande volume do membro.



A estase linfática predispõe o membro inferior a ataques erisipelatoides freqüentes com hiperemia e dor bem como hipertermia generalizada. Daí o estado de semi-invalidez quasi que permanente, estado geral mau, prostração, etc.

Tratamento. — A nossa orientação é aquela proposta por Macey em 1940 (9). Estamos convencidos que a avulsão cirúrgica de todo tegumento das partes afetadas seguida imediatamente de enxerto livre de pele, é, atualmente, a melhor conduta terapêutica. linfangioplastia, a que nos referimos num trabalho anterior (4) foi por nós mesmos, abandonada por não termos encontrado um substrato fisiológico racional e convincente. Mesmo naqueles casos de linfo-edema acentuado e sem as características da elefantíase clinicamente declarada, preferimos realizar a dermo-fibro-lipectomia, ao invés da linfangioplastia como propõem Gallies e Mowlem (5-12).

Fundamento fisiopatológico do método. — O fundamento fisiopatológico do método se encontra no fato de se conseguir a rutura do conhecido círculo vicioso que existe nos casos de elefantíase.

De fato nos quadros elefantiásicos a estase linfática constitui meio favorável para a proliferação microbiana. Daí os surtos

infecciosos repetidos (erisipelatoides) que acometem o membro patológico. Estes comprometem sempre mais o estado já precário do membro com suas repercussões celulíticas e linfangíticas. Como consequência ha maior bloqueio à drenagem linfática, maior estase e mais facilidade a novos surtos erisipelatoides. Temos, desse modo, fechado o círculo.



A nossa atuação visa, pois, romper esse "stato quo" removendo amplamente os tecidos lesados com o seu "lago linfático".

Essa orientação se fundamenta, também, no fato de ser a elefantíase um processo fibromatoso definido e irreversível. Acresce ainda, que todos os meios empregados, clínicos ou cirúrgicos outros, não têm dado os resultados desejados.

Operação:

- a) Antissepsia: habitual.
- b) Anestesia: raqui de preferência.
- 1) Retirada dos enxertos da própria perna elefantíase desde que as condições locais o permitam, com a faca milimetrada de Blair. Não sendo possível, retiram-se os enxertos da coxa. Estes são conservados em soro fisiológico.
- 2) Incisão da pele com bisturi elétrico até à aponevrose.

3) Descolamento da capa cutânea por divulção ou por manobras digitais. Na perna esse descolamento é circular. No pé conservamos a planta e uma tira marginal de pele (medial e lateral) com 2 a 3 cms.. Nesse tempo cuidamos da laqueadura das safenas interna e externa e hemostasia cuidadosa dos demais vasos que sangram.

4) Excisão sub-cutânea circular da extremidade distal do cilindro cutâneo remanescente e sutura do mesmo a aponevrose da perna.

5) Decorticação eletro-cirúrgica do dorso dos artelhos.

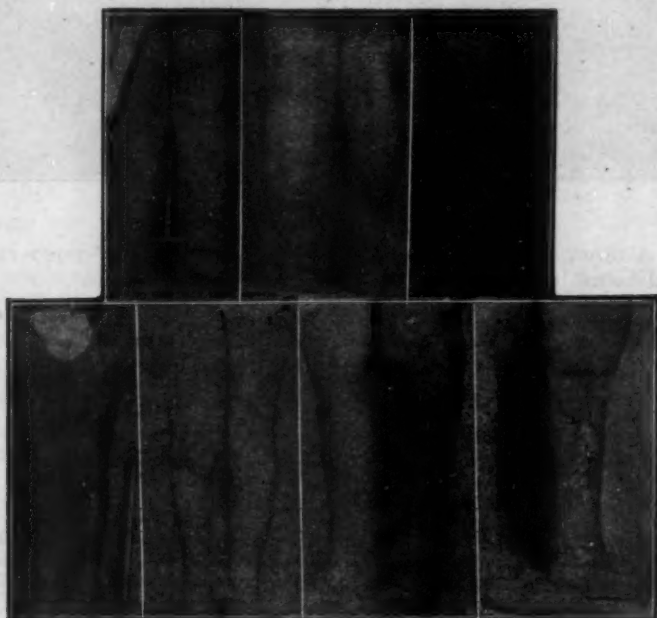
6) Os enxertos confeccionados previamente são distendidos sobre gase vaselinada, e aplicados sobre a extensa superfície cruenta.

7) Penso com algodão esterilizado e atadura de gase.

8) Gesso imobilizador durante 10 dias com o membro elevado.

COMENTÁRIOS

A nossa conduta visa tão somente romper o círculo vicioso estabelecido, sem levar em consideração a causa primeira, responsável por esse quadro. Na verdade a etiologia da elefantíase é muito variada e a sua patogenia muito discutida. Estaria, apenas, na lesão dos vasos linfáticos o mecanismo desencadeante do linfodema? Ou estaria, por outro lado, na lesão das linfoglândulas isoladamente, ou destas e dos linfáticos conjuntamente? Difícil responder.





Segundo as experiências de Reichert (13) a secção na altura da parte média da coxa de todas as partes moles até o plano ósseo com exceção da artéria e veia femurais e nervo ciático, não provoca edema senão passageiro que desaparece completamente no 8.º dia. Corantes injetados mostram que os linfáticos começam a atravessar a linha de incisão a partir do 4.º dia. Isso prova, evidentemente, a grande capacidade de regeneração do sistema linfático.

Drinker e colaboradores (3) repetindo a mesma experiência obtiveram resultados idênticos. Também a remoção dos ganglios inguinais e popliteos, ou, a laqueadura dos linfáticos aferentes e eferentes provoca quando muito apenas edema transitório.

Diante desses fatos, parece que os numerosos casos de linfoedema e elefantíase que encontramos na prática, não condizem com os trabalhos experimentais que acabamos de citar.

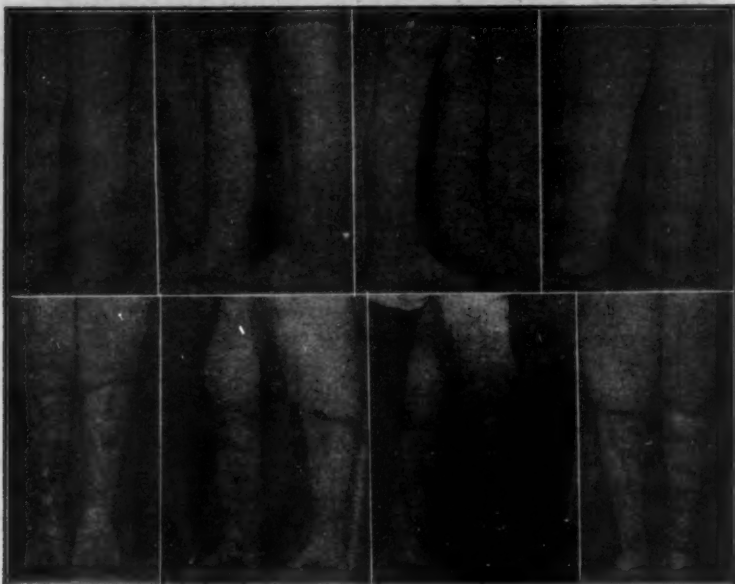
Segundo Drinker e Colaboradores (3) as tentativas cirúrgicas levadas a efeito para produzir linfoedema permanente falham porque se resume em agressões isoladas sobre o sistema linfático. Entretanto o sistema linfático do cão pode ficar permanentemente bloqueado desde que usemos métodos que simulem a ação contínua e prolongada das moléstias crônicas.

Estamos de acordo com alguns autores (6-11-14-15) que o linfoedema permanente e a elefantíase só se estabelecem com o concurso da infecção. A rigor não se conhecendo a patogenia do linfo-

edema não podemos profilaticamente impedir o seu aparecimento. Podemos, quando muito, retardar a sua evolução evitando a super-veniência de infecções. Porém, uma vez estabelecida a elefantíase não nos resta no momento, outra conduta senão a que já apon-tamos no presente trabalho.

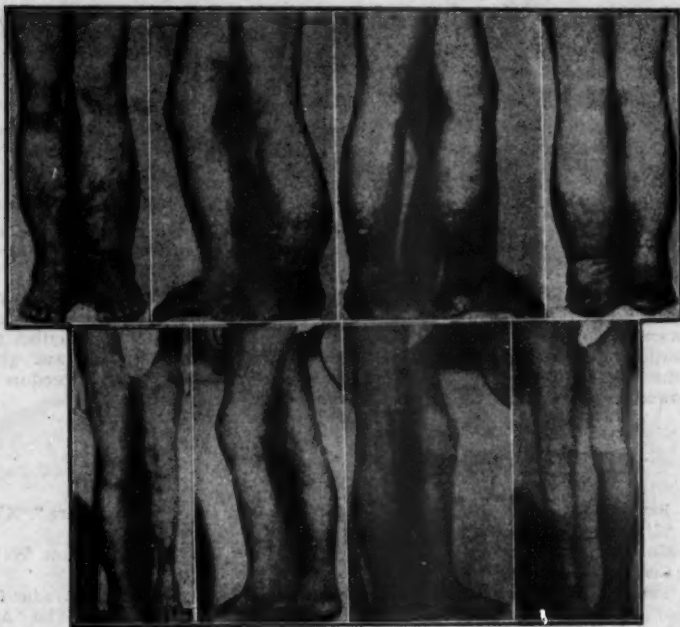
Consideramos útil o descolamento digital do tecido patológico pela rapidez da manobra e pelos seus efeitos hemostáticos.

Achamos que o descolamento deve ser completo junto da face antero-medial da tíbia e do tendão de Aquiles, desde que possamos ou saibamos respeitar o periosto da tíbia e a bainha do tendão.



Preferimos o enxerto intermediário superficial pela facilidade com que se integra, pela resistência satisfatória que oferece e pela epitelização rápida da área doadora quando esta se refere a outras regiões que não a operada.

Retiramos os enxertos da própria perna (pele excisada) com a faca de Blair milimetrada. Preferimos a faca ao dermatomo pela rapidez com que os enxertos são confeccionados. Nunca suturamos os enxertos que são distendidos sobre gase vaselinada e aplicados à zona receptora. Abreviamos com tal manobra o ato cirúrgico. A imobilização com gesso é indispensável por inúmeras razões: previne a dor, evita o edema, garante a posição do enxerto, etc.



Para reduzir a diferença de volume que se estabelece na zona de transição entre o segmento conservado e o operado, aconselhamos a remoção de grande parte do sub-cutâneo. Os bordos do cilindro cutâneo resultante, são suturados à aponevrose descoberta da perna, reduzindo, dessa forma, de alguns centímetros a área cruenta da mesma.

Dos 15 casos de elefantíase nostras, em 4 a moléstia era bilateral, havendo sempre, predomínio de um membro sobre o outro. A operação foi unilateral em 14 casos e realizada no membro mais comprometido. Em 1 caso foi bilateral. No caso de elefantíase congênita, operamos, também, os 2 membros.

RESUMO

O autor apresenta 17 de elefantíase do membro inferior tratados cirurgicamente. Destes, um caso era elefantíase congênita bilateral, outro era caso de elefantíase graecorum e os 15 restantes elefantíase nostras.

Dos 15 casos de elefantíase nostras em 4 a moléstia era bilateral e destes em um caso a operação foi bilateral. No caso de elefantíase congênita a operação foi, também, bilateral.

A intervenção consistiu na exeresse de todo tegumento espessado seguida de enxerto livre de pele. Analisa, o autor, o fundamento fisiopatológico da inter-

venção proposta por Macey bem como a sua sintomatologia. Descreve a operação mostrando que esta visa romper o círculo vicioso existente dando ao membro aspecto e volume bem próximos do normal. Essa orientação é seguida, qualquer que seja a causa responsável pela elefantíase.

SUMMARY

The author presents 17 cases of elephantiasis of the lower limb treated surgically. (E. nostras — 15 cases; E. graecorum — 1 case; congenital E. — 1 case.).

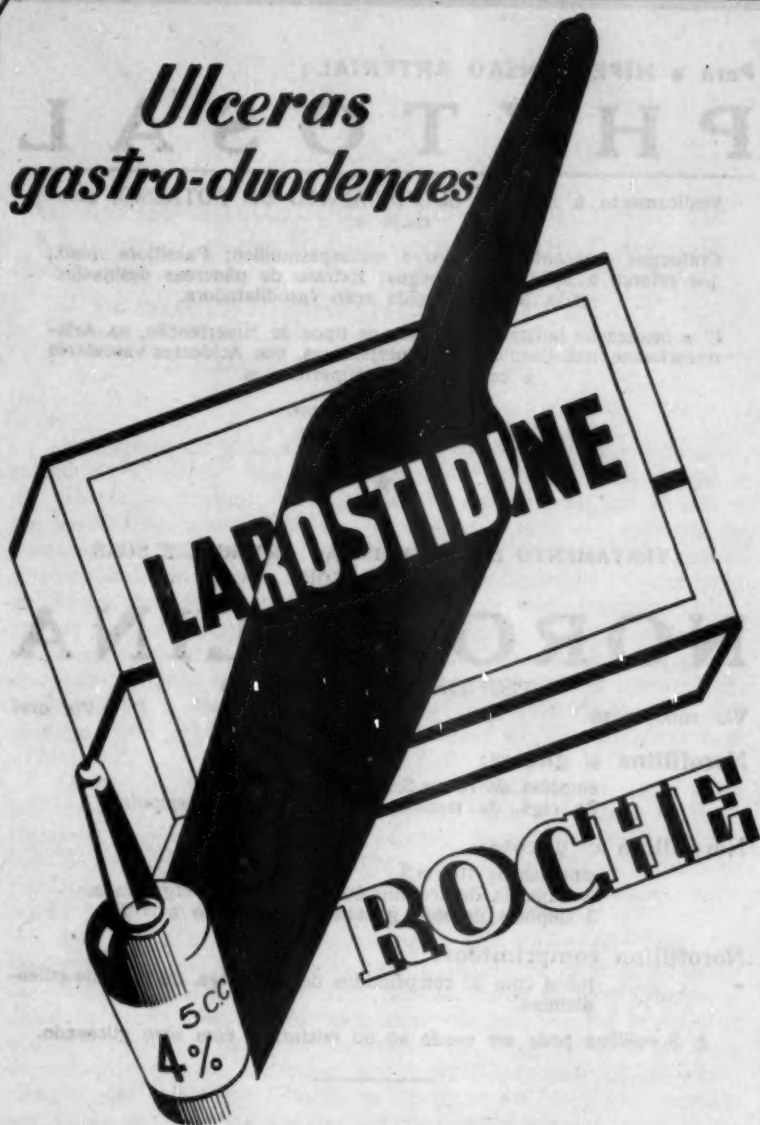
The disease was bilateral in four of the fifteen cases of E. nostras and the operation was performed bilaterally in one case. The operation was bilateral too in the congenital elephantiasis.

The intervention consists in the exeresis of all thickened tegument followed by free skin grafting. He analyses the physiopathological fundamental of the intervention proposed by Macey as well as its symptomatology. He describes the operation, showing that it aims to break the existing vicious circle and gives to the limb an appearance and size well close to normal. This procedure is followed whatever may be the cause responsible for elephantiasis.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BERTWISTLE, A. P.; GREGG, A. L. — *Elephantiasis*. The "Brit. J. Surg.", XVI, 62; 267-282, Outubro, 1928.
- 2) CHRISTOPHER, F. — *A textbook of surgery*. 2.ª ed. Filadélfia e Londres. W.B. Saunders Comp. 1940. Vol. único, pg. 218.
- 3) DRINKER, C. K.; FIELD, M. E.; HOMANS, J. — *The experimental production of edema and elephantiasis as a result of lymphatic obstruction*. The "Am. J. Phys.", 108, 3; 509-520, Junho, 1934.
- 4) FARINA, R. — *Elefantiasis e linfô-edema do membro inferior*. Rev. "Hosp. Clin.", V, 2; 87-92, Abril, 1950.
- 5) GILLES, H.; FRASER, F. R. — *Treatment of lymphoedema by plastic operation*. The "Brit. Med. Journal", 1; 96-98, Jan. 1935.
- 6) HALSTED, W. S. — *The swelling of the arm after operations for cancer of the breast. Elephantiasis chirurgica. Its cause and prevention*. "Bulletin of the Johns Hopkins Hosp.", XXXII, 368; 309-313, Outubro, 1921.
- 7) HANDLEY, W. S. — *A prospective cure for elephantiasis*. The "Lancet", 1; 31-33, Janeiro, 1909.
- 8) KONDOLEON (citado por Christopher, 2).
- 9) MACEY, H. B. — *A new surgical procedure for lymphoedema of extremities; report of case*. Proc. Staff. Meet. — "Mayo Clin.", 15; 49-52, Janeiro, 1940.
- 10) MACEY, H. B. — *A surgical procedure for lymphoedema of the extremities*. "J. Bone and J. Surg.", 30A, 2; 339-346, Abril, 1948.
- 11) MATAS, R. (citado por Reichert, 14).
- 12) MOWLEM, R. — *The treatment of lymphoedema*. "Brit. J. Plast. Surg.", 1, 1; 48-55, Abril, 1948.
- 13) REICHERT, F. L. — *The regeneration of the lymphatics*. "Arch. Surg.", 13, 6; 871-881, Dezembro 1926.
- 14) REICHERT, F. L. — *The recognition by soft tissue roentgenograms*. "Arch. of Surg.", 20, 4; 543-568, Abril, 1930.
- 15) SABOURAUD e UNNA (citado por Macey, 10).
- 16) SISTRUNK, W. E. — *Contribution to plastic surgery*. "Ann. of Surg.", 85, 2; 185-193, Fevereiro, 1927.
- 17) ZENO, L. — *Cirurgia Plástica*. 1.ª ed. Buenos Aires. El Ateneo, 1943. Vol. único, pag. 276-279.
- 18) WEINSTEIN, M.; ROBERTS, M. — *Elephantiasis and the Kondoleon operation*. The "Am. J. Surg.", LXXXIX, 2; 327-331, Fev. 1950.

**Úlceras
gastro-duodenais**



Produtos ROCHE Químicos e Farmacêuticos S/A.

Rua Moraes e Silva, 30 — Caixa Postal, 329
Rio de Janeiro

Para a HIPERTENSAO ARTERIAL:

PHYTOSAL

Medicamento à base de SULFOCIANATO DE POTASSIO, associado a:

Cratoegus oxiacanta, sedativo e antiespasmodico; Passiflora quad., que reforça a ação do Cratoegus; Extrato de pâncreas desinsulinizado, de reconhecida ação vasodilatadora.

E' a medicação indicada em todos os tipos da Hipertensão, na Arteriosclerose, nas Cardiopatias hipertensivas, nos Acidentes vasculares e cerebrais das Hipertensões.

VIDRO DE 30 cm³.



TRATAMENTO DA HIPERTENSAO ARTERIAL E SUAS
MANIFESTAÇÕES

NOROFILLINA

(TEOFILINA-ETILENDIAMINA)

Via endovenosa

Via oral

Norofillina s/ glicose:

empôlas de 10 cm³.

24 ctgs. de teofilina-etilendiamina por empola.

Norofillina c/ glicose:

empôlas de 10 cm³.

3 empôlas de teofilina-etilendiamina 24 ctgs. cada.

3 empôlas de sôro glicosado hipertônico a 30%.

Norofillina comprimidos:

tubos com 20 comprimidos de 0,10, ctgs. de teofilina-etilendiamina.

A Norofillina pode ser usada só ou misturada com sôro glicosado.

Laboratório TERAPICA PAULISTA S/A.

RUA FERNÃO DIAS, 82 — SÃO PAULO

Conceito anátomo-clínico da síndrome de Morgagni e da hiperostose frontal interna

Dr. SEBASTIÃO HERMETO JUNIOR — C.B.C., F.I.C.S.

Docente livre da clínica cirúrgica, e técnica cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — Chefe de clínica substituto do Hospital Central da Santa Casa de São Paulo.

Em agosto de 1950 apresentávamos ao VII Congresso Internacional de Cirurgia (25) um estudo da síndrome de Morgagni e da hiperostose frontal interna, baseado em observações clínicas e em verificações anatómicas em crânios do museu de anatomia de nossa escola médica (Universidade de São Paulo). Referíamos a necessidade de reservar a nomenclatura de síndrome de Morgagni às observações clínicas que apresentassem os três elementos: hiperostose frontal interna, obesidade e virilismo. Tal era o critério amplamente defendido por Henschen (23), baseado em um exaustivo estudo, tanto anatómico como clínico, que tomou como observação clássica a descrição de Morgagni (42), referida na sua 27.^a epístola, que se encontra no *De Sedibus et Causis Morborum* (1761).

O grande Morgagni observou, na necropsia de uma velha mulher, de 75 anos, obesa — e de aspecto viril, a presença de tuberosidades ocupando a superfície interna do osso frontal, de cada lado da crista frontal, apresentando o aspecto de saliência formadas por uma substância mais branca do que o osso visinho, parecendo constituir uma formação de substância óssea.

Apesar da diversidade morfológica do desenvolvimento das saliências tuberositárias — não existia nenhuma espécie de lesão do cérebro. Referia, ainda, uma fixação maior do que a habitual da dura mater nas suturas, especialmente nas suturas lambdóide e sagital. A causa de morte na doente de Morgagni fôra a rúture do coração, que se processou por intenso processo de arterioesclerose. Há referências, ainda, na descrição de Morgagni, que até aos 45 anos a referida mulher se apresentara normal, e só posteriormente com o advento de maior idade é que se apresenta obesa e com aspecto viril.

A magistral descrição do eminente patologista italiano permaneceu sem repercussão por longos anos, embora a literatura fizesse referências especialmente à presença da hiperostose frontal interna.

Georget (*in* 23), em 1820, examinando crânios de dementes observou a presença da hiperostose frontal interna em mulheres idosas, contrastando com a normalidade de outras peças ósseas. Já Broussais (*in* 23) relacionou a hiperostose frontal interna com indivíduos idosos e dementes, apresentando atrofia do cérebro.

Posteriarte Virchow (*in* 23) estuda com pormenores as exostoses do crânio — apresentando uma precisa descrição da hiperostose frontal interna. Descreveu as exostoses intracranianas constituídas por tecido ósseo compacto, que seriam as de menor tamanho, e àquelas constituídas na maior parte por tecido ósseo de tipo esponjoso, de dimensões maiores.

Estudando o crânio senil Sauvage (53) referiu a hiperostose frontal interna.

As descrições posteriores que se encontram na literatura são referências isoladas à hiperostose frontal interna, especialmente como condição anatômica não associada a outros sinais clínicos: há uma certa frequência do processo da hiperostose nos dementes (Bullen, Clouston, Beadles, Shattock, etc., citados *in* 23). Com a utilização da radiografia o estudo da hiperostose frontal externa se amplia, com o trabalho de Naito (43), em 1924, que analisa os diferentes tipos de hiperostoses do osso frontal: refere no estudo anterior dez casos de "enostoses do osso frontal", sendo nove casos correspondentes a mulheres idosas (entre 53 e 82 anos), e um simente do sexo masculino (50 anos).

Em sequência encontramos Casati (11), estudando radiologicamente a hiperostose frontal interna.

Chegamos em 1927 ao estudo básico de Dressler (15), feito no material de autópsia de Schmoltz, representando 71 casos de hiperostoses do osso frontal de um total de 1 632 exames. Refere a frequência na mulher (64 casos), e a incidência pequena no homem (7 casos). Estabelece o estudo microscópico das hiperostoses, salientando o aspecto da formação de lamelas ósseas irregulares, derivadas das camadas média e exterior da dura mater.

Os estudos da hiperostose sob o aspecto anatômico continuam com Greig (21) — que analisa um material de 188 crânios de museu, encontrando 32 casos da hiperostose frontal interna. Achamos considerável àquela incidência — pois em nossa revisão de 100 crânios do museu de anatomia, da nossa Faculdade de Medicina, encontramos somente um caso avançado de hiperostose (*in* 25), pois, não achamos justificável levar em conta pequenas hiperostoses em pingos de vela.

Entramos com o trabalho de Stewart (60) no período clínico do estudo da hiperostose. Refere nesta primeira contribuição 6 casos de hiperostose frontal intensa, associada em 3 casos à obesidade de tipo hipofisário, no sexo feminino, em indivíduos atingidos de demência.

Acredita Stewart (60) que semelhante quadro clínico possa ser considerado como um "indiferenciado tipo de dispituitarismo".

Stewart (61) posteriormente apresenta o relato de um caso de necropsia, de uma mulher de 68 anos, que apresentava uma demência durante 28 anos. Apresentava obesidade e hirsutismo. A necropsia demonstrava considerável hiperostose frontal interna, atingindo as superfícies internas dos temporais. Chama a atenção, neste caso, a atrofia do cérebro, que pesava 840 gramas.

Em 1930 aparece outro importante estudo anatomo-clínico, assinado por Morel (40), baseado em 17 casos de hiperostose frontal interna. Em 4 observações (casos de 1 a 4) Morel pessoalmente procede a verificação necroscópica. Os casos de Morel, com exceção de dois, eram relativos à mulher idosa (entre 64 e 93 anos). A presença da adiposidade era apreciável em 5 das 15 mulheres, sendo digna de nota em 3 casos, e em outras 4 doentes apresentavam boa nutrição.

Constatou-se nos casos autopsiados (15 casos — sendo 4 casos pessoalmente pelo A.) a presença na maioria de atrofia cerebral do tipo senil. Preocupou-se Morel (40) com o estado da hipófise em seus casos de necropsia: não foram encontradas alterações uniformes, existindo aspectos variáveis, como predominância das células acidófilas num caso (caso 1), acúmulos de células cromóforas em outro (caso 3), e mesmo esclerose do lobo anterior e aumento da pigmentação da neuro-hipófise no caso 2. Achava Morel que a hiperostose era um mero sintoma da perturbação do metabolismo cálcico, sendo os sinais clínicos inconstantes (perturbações da motilidade, epilepsia tipo jacksoniana, sinais de compressão, cefaléias), sendo ausentes os sintomas em alguns doentes.

Em síntese Morel (40) salientou a associação da hiperostose frontal interna com a adiposidade e perturbações cerebrais. Parece que Morel (obs. XVI in 40) foi o primeiro a diagnosticar clinicamente a hiperostose, e confirmar a mesma pela radiografia.

A monografia de Morel (40) teve repercussão, e na literatura posterior aparece com frequência associado a Stewart na designação da síndrome completa.

Os estudos da histopatologia da hiperostose continua, e, neste particular, salientamos o trabalho de Erdheim (17), que as considera como hiperostoses senis, e chega a encontrar lesões análogas às observadas já anteriormente pelo patologista Dressler (15): neoformação óssea a partir das camadas externas e média da duramater. A diferença entre a hiperostoses senis e frontal interna seria tão somente a irregularidade e localização do processo de neoformação óssea no segundo tipo. Procurar fazer tal diferenciação, a nosso ver, é mais uma subtileza do que propriamente uma realidade histopatológica. Neste particular no tratado de Weinmann e Sicher (65) encontramos a descrição das hiperostoses senis, que se superpõem perfeitamente às hiperostoses frontais internas.

Dentre os estudos dos vários *tipos anatómicos* das hiperostoses frontais internas encontramos os clássicos trabalhos de Moore (37-38-39), que analisou apreciável material radiográfico de indivíduos normais (não dementes), 36 crânios de dementes, e 660 crânios do museu de anatomia de São Luís (Estados Unidos). Encontrou diversos tipos anatómicos, conforme a extensão e distribuição da neoformação óssea:

- 1) *nebula frontalis*, processo limitado ao diploe, e só posto em evidência pela radiologia, apresentando o aspecto de uma área ovoide ou triangular, com a base no plano sagital, na qual se nota uma densidade maior e espessamente da escama do frontal;
- 2) *hiperostosis calvariae diffusa*, caracterizada por aumento geral de densidade e volume do diploe da abóbada craniana;
- 3) *hiperostosis fronto-parietalis*, que se apresenta análoga, quanto às lesões, aos dois tipos anteriores, somente se diferenciando pela localização;
- 4) *hiperostosis frontalis interna*, processo de aumento de densidade e espessura se localizando na escama do frontal.

No material de museu (38), em 660 crânios, observou a hiperostose frontal interna em 24. E', a nosso vêr, uma incidência alta, pois, em 100 crânios do museu de nossa Faculdade só encontramos um caso de considerável hiperostose frontal interna (fig.1), em mulher de 120 anos, pois, afastamos de nosso estudo as hiperostoses de pequeno desenvolvimento. O trabalho bem orientado e documentado de Pereira da Silva e Godoy d'Alembert (45), com material do hospital de alienados do Juquerí (São Paulo) — mostra uma incidência pequena da hiperostose, pois, em 1624 doentes radiografados só observou em 14 casos a hiperostose frontal interna, o que dá uma frequência de 0,86%, número que se superpõe aos nossos achados anatómicos.

Um estudo morfológico exaustivo e sistemático acêrca da hiperostose frontal interna, e suas relações com o virilismo e a obesidade — foi feito pelo grande patologista Henschen (23), que a partir de 1935 vem estudando o importante tema. Já mostrámos em nosso trabalho anterior (25) a importância dos trabalhos exaustivos de Henschen — e principalmente defendemos a sua feliz e precisa nomenclatura de síndrome de Morgagni — para os casos de associação do virilismo e obesidade à hiperostose frontal interna.

Salientámos, naquêlê nosso primeiro estudo, que não poderíamos chamar de síndrome de Morgagni os casos de simples hiperostoses frontais internas isoladas — sem associar-se à obesidade e ao virilismo, daí o preciso conceito — após os estudos de Henschen, da posição que deve ocupar a hiperostose frontal interna. Salienta, com justiça, a magistral descrição feita por Morgagni (*in* 23), que pela vêz primeira descreveu a hiperostose frontal

interna em uma velha obesa e de aspecto viril. A doente de nossa 1.^a Obs. é perfeitamente classificada como forma clássica da síndrome de Morgagni — pois, se encontravam os três elementos que a integram: obesidade, virilismo pilar e hiperostose frontal interna. Já as doentes das Obs. 2 e 3 não representam àquela síndrome — pois, apresentam como elemento dominante tão somente a hiperostose frontal interna — e certa corpulência, embora não uma obesidade, bem como ausência absoluta de virilismo.

Tendo em vista àquelas observações, achamos conveniente insistir em conceituar os dois quadros — às vezes tomadas como sinônimos na literatura, síndrome de Morgagni e a hiperostose frontal interna. A presença ou ausência de perturbações mentais, dos mais diversos tipos (Canavan, Eldrige, Holm, e outros — *in* 23), não é obrigatória nos doentes portadores da hiperostose frontal interna ou da síndrome de Morgagni. Assim, tendo em vista uma crítica rigorosa da casuística da literatura e a análise de nossas observações, não vemos argumentos que justifiquem a síndrome descrita por Morel (40-41), constituída pela associação da hiperostose frontal interna, obesidade e perturbações mentais.

Alguns autores na literatura continuam a utilizar da nomenclatura de síndrome de Morel para designar a síndrome descrita por Morgagni, enquanto outros, mais justos nos seus conceitos, falam em síndrome de Morgagni-Morel, como, por exemplo, Calame (7) em seu recente e magnífico estudo. Entre os trabalhos que insistem no critério defendido por Henschen de síndrome de Morgagni — com a sua triade característica, destacamos o estudo de Campos (66), que se baseou em uma casuística de 12 observações clínicas, nas quais se encontrava a presença da hiperostose frontal interna associada à obesidade em onze doentes, enquanto o virilismo foi constatado em dois casos (casos 2-7).

Verificamos, pois, que no sentido exato da nomenclatura da síndrome de Morgagni só poderíamos considerar as duas observações de Castro (66) como apresentando a triade característica, à maneira de nossa 1.^a Obs., enquanto os demais casos não poderão ser classificados como síndrome de Morgagni.

A recente e magistral monografia de Calame (7), representa um estudo de 60 casos de hiperostose frontal interna — distribuídos em casos de necropsias e casos clínicos. Chega o A. a confirmar a existência da síndrome de Morgagni — adotando a terminologia de Morgagni-Morel. A parte anatômica do trabalho de Calame (7) é baseada em 20 casos de necropsia, estudados com apreciável critério anatômo-patológico.

Tratando-se de um estudo do Instituto de Patologia de Genebra, é digno de nota salientarmos as conclusões (*in* 7) quanto à histogenese da hiperostose frontal interna: o processo não atinge a tabua externa ou o diploe, sendo a tabua interna sede de um processo osteoplástico, que engloba fragmentos da dura; o osso

neóformado é denso, e posteriormente sofre o processo de espongiöse.

Já Morgagni (*in* 23) havia perfeitamente descrito a neofor-mação óssea ao nível da tabua interna, bem como salientado as características do osso neóformado, principalmente a sua coloração esbranquiçada, fazendo contraste com a côr da restante superfície óssea.

Dressler (15) já tinha estudado em apreciável material a histo-patologia e histogenese das hiperostoses chegando a demonstrar a neo-formação óssea sobre a superfície interna do osso frontal (tabua interna) à custa de um processo de ossificação se verificando nas camadas média e externa da dura mater craniana.

Já Morgagni (*in* 23) tinha observado a fixação da dura ao nível das neoformações ósseas que se desenvolviam na superfície interna do osso frontal.

Voltando à monografia de Calame (7), desejamos salientar que o A. insiste nas perturbações neuropsíquicas. Na maioria dos casos examinados — e, na sua opinião — acha que a sua grande variedade não é argumento contra a sua admissão na síndrome, pois, todas as perturbações poderiam ser conseqüentes à perturba-ções diencefálicas. Lembra a possibilidade de uma interpretação etiopatogênica da síndrome de Morgagni, baseando-se na possibi-lidade de uma perturbação diencefálica, conseqüente à rutura do equilíbrio endocrino provocada pela suprarrenal.

Já salientámos, em trabalho anterior (25), a presença de uma apreciável hiperplasia da cortical da suprarrenal em uma nossa doente (Obs. 1), portadora de uma forma clássica da síndrome de Morgagni, pois, pesava a glandula 17 grs., e a histologia demonstrou considerável hiperplasia" das células corticais (*in* 25). Não padece dúvidas a importância do nosso achado, pois, a hiperfunção da cortical indiscutivelmente entra na patogênica não só do virilismo e obesidade da nossa doente, bem como da própria hiperostose fron-tal interna — através das correlações entre a hipófise anterior e a cortical da suprarrenal. A propósito desta última correlação é de interesse o trabalho de Mellgren (33).

Não procuramos, como já dissermos, desenvolver todos os pro-blemas ligados à síndrome de Morgagni e à hiperostose frontal interna — porém tão somente sumarizar as noções básicas sobre o conceito de ambas as entidades em patologia, tendo em vista uma revisão geral da literatura e a análise de nossa pequena casuística clínica, à qual juntámos, em trabalho anterior (25), um estudo de 100 crânios do museu de nossa Faculdade de Medicina (Univ. de São Paulo). Com este material clínico e anatômico, e, tendo em vista àquela revisão da literatura achamos justificá-vel a exposição do tema do presente ensaio. Cremos da maior importância insistir na significação de um conceito exato em pato-logia da síndrome de Morgagni e da hiperostose frontal interna — que em certos trabalhos são até tomados como sinonimia.

CONCEITO ANATOMO-CLÍNICO DA SÍNDROME DE MORGAGNI

Devemos chamar de síndrome de Morgagni a um quadro clínico que atinge geralmente as mulheres no período da menopausa ou em idades avançadas, apresentando como características a presença de uma obesidade apreciável, um virilismo de tipo pilar, e o desenvolvimento de uma hiperostose frontal interna. Este quadro sintomatológico é geralmente de evolução crônica, podendo associar-se às perturbações mentais, dos mais diversos tipos, bem como aos processos gerais, como a hipertensão arterial e às perturbações do metabolismo dos hidratos de carbono.

A presença da síndrome no homem é rara, e Henschen (23) refere em seu considerável material de estudo somente 9 casos, correspondentes a 1 000 necropsias de indivíduos do sexo masculino. A presença da atrofia do testículo é constante.

Nas mulheres atingidas da síndrome de Morgagni geralmente se encontra atrofia dos ovários, análoga àquela observada na senilidade. É digno de nota o desenvolvimento da hiperostose frontal interna fazer-se independente da gravidez, pois, a sua presença poderá ser constada em nulíparas. Não existe, neste particular, nenhuma relação entre a hiperostose frontal interna da síndrome de Morgagni e os osteófitos da gravidez (descritos por Henschen, 23).

Um sintoma geral que constantemente acompanha as doentes é a cefaléia, que foi encontrada em nossa observação (Obs. 1), bem como em outras duas doentes que não apresentavam a triade completa (Obs. 2 e 3). O virilismo encontrado na triade clássica de Morgagni é o chamado virilismo pilar — constituído pelo crescimento de pelos na face (fig. 2 — Obs. 1). Outros caracteres viris podem ser encontrados, como o aspecto masculino, mãos e pés longos, voz masculina, etc.

Quando a síndrome se encontra no homem observamos, ao contrário, uma espécie de feminismo pilar, que se explica pela atrofia testicular.

As características da obesidade, elemento da triade clássica, foram magnificamente descritas por Campos (66), e, neste particular, podemos sumarizar que não existe localização típica para a adiposidade da síndrome de Morgagni. A maioria dos autores descreve a adiposidade tipo rizomélica, porém, podemos ter adiposidades generalizadas, tipo monstruoso, com adiposidade tipo da síndrome de Cushing (face, pescoço, abdomen e metade superior do torax), obesidade tipo Dercum, obesidade tipo Barraquer-Simmons. Não existe nenhuma relação do tipo da obesidade na síndrome de Morgagni e a hipófise anterior, no dizer de Campos (66). Seriam as perturbações do diencefalo responsáveis pelos diferentes tipos de adiposidade. Não podemos, no entanto, negar as

correlações entre a cortical da suprarrenal e a hipófise anterior, — junto com o diencéfalo, no complexo mecanismo da gênese das adiposidades na síndrome de Morgagni.

Na caracterização da síndrome de Morgagni não devemos esquecer que não existe um paralelismo entre a intensidade dos diferentes elementos da triade. Podemos ter, como em nossa observação clássica (Obs. 1) — uma hiperostose frontal interna não muito apreciável (comparativamente a da doente da Obs. 2), acompanhada de virilismo pilar e obesidade, enquanto em outros casos a hiperostose frontal interna considerável não se acompanha de virilismo pilar, embora a doente tenha certa corpulência. De qualquer forma só poderemos caracterizar a síndrome de Morgagni quando estiverem presentes os três elementos característicos — hiperostose frontal interna, adiposidade e virilismo (Obs. 1).

A presença de perturbações mentais, de diferentes tipos, é secundária na caracterização da síndrome, embora se encontrem certas observações. O diabetes insípido pode ser encontrado com certa frequência. A hipertensão arterial não é rara, principalmente tendo em vista a frequência da síndrome de Morgagni em pessoas idosas. No momento atual não temos uma explicação

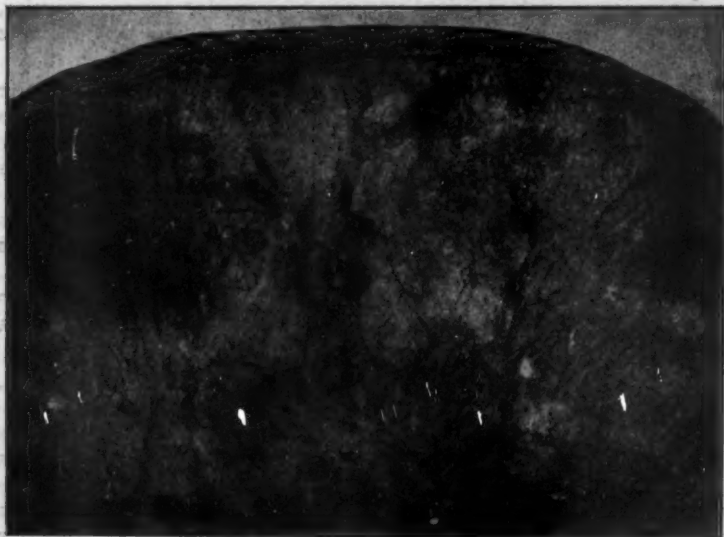


Fig. 1 — Fotografia da superfície interna da abóbada do crânio 149 do museu de anatomia (bras., preta, sexo feminino, de 129 anos). Presença de espessamento uniforme e digno da tabua óssea, sendo mais apreciável nas porções inferiores do osso frontal. Aparecem de cada lado da crista frontal saliências ósseas, de tamanhos irregulares, esbranquiçadas, contrastando com a coloração escura da restante superfície óssea. As saliências se limitam à porção mais anterior da superfície interna do osso frontal.



Fig. 2 — Fotografia de perfil e frente da doente J. M. S. L. — (Obs. 1), mostrando intenso virilismo pilar. Notar a distribuição dos pêlos na face mental, acima do lábio superior. Observar, de perfil, o aspecto rude (masculino) do "facies".

objetiva de patogênia da síndrome de Morgagni, apesar das numerosas hipóteses apresentadas. Parece que a síndrome de Morgagni deve ser colocada como uma síndrome hipofisária (Henschen, 23) — ou como resultante de uma perturbação diencéfalo-hipofisio-suprarrenal (Calame — 7).

CONCEITO ANATOMO-CLÍNICO DA HIPEROSTOSE FRONTAL INTERNA

Já vimos pela análise anterior da literatura que a existência de um processo de neoformação óssea localizado na superfície interna do nosso frontal foi pela vez primeira descrito magistralmente na 27.^a epístola anátomo-clínica de Morgagni (*in* 42). Na observação de Morgagni fazia-se referência como causa mortis uma rutura do coração, que se processou numa doente portadora de intensa arterioesclerose.

Posteriormente a hiperostose localizada na superfície interna do osso frontal foi mencionada por diversos observadores, principalmente em crânios de alienados, pois devemos ter em vista que aquelas pesquisas eram feitas justamente em hospitais de alienados. Estudos sistemáticos feitos posteriormente em indivíduos sem alienação demonstraram a possibilidade da presença da hiperostose frontal interna.

Verificou-se, ainda, que a hiperostose podia vir isolada, sem acompanhar-se de virilismo pilar e de obesidade, sendo mencionados diversos casos na literatura: Roussier e Secretan (50), Knies e Le Fever (27), Van Steenbergem (*in* 23), Leszler (*in* 30), Campos (66). No próprio material de Henschen (23) a presença da hiperostose isolada foi de 12%.

A hiperostose pode vir, no entanto, associada às mais diversas perturbações psíquicas — principalmente demência senil, demência precoce, psicose por arteriosclerose, epilepsia, demência parálitica, e outros tipos. Não há uma forma característica da presença da hiperostose (ver a propósito Canavan — 9, e Eldridge e Holm — 16). Em nossas duas observações (Obs. 2 e 3) não encontramos perturbações psíquicas.

Chama a atenção do clínico, como em nossas observações, a presença de cefaléias persistentes, sem causa aparente — principalmente quando se trata de pessoas não em idade climatérica (Obs.3).



Fig. 3 — Radiografia de perfil do crânio da doente J. M. S. L. — (Obs. 1).
Notar certo espessamento da tabua óssea. — Espessamento mais acentuado na porção inferior do osso frontal. Presença de hiperostose frontal interna. Sela turcica de forma e dimensões normais.



Fig. 4 — Pneumo-rim esquerdo da doente anterior (Obs. 1). Observar uma suprarrenal em forma de barrete frígido, aumentada de volume, sugerindo a presença de hiperplasia.

Não podemos admitir a cefaléia como consequência a um aumento da pressão intracraniana pelo desenvolvimento da tuberosidade — como quer Naito (43), pois, é apreciável a capacidade de adaptação plástica do cérebro. O mecanismo da cefaléia deverá ter uma explicação mais complexa — a ser determinada por condições fisiopatológicas ligadas ao conjunto diencefalo-hipófise cortical da suprarrenal. A evidência da falta do mecanismo compressivo da hiperostose se encontra nos casos em que a neoformação óssea é bem suportada — e assintomática.

Em relação aos sintomas somáticos que podem se associar à hiperostose devemos mencionar a hipertensão, e as perturbações do metabolismo dos hidratos de carbono (glicosuria), hiperglicemia, diabetes. Podemos ter um diabetes extra-insular, especialmente de origem hipofisária.

A nossa primeira doente (Obs. 1) teve uma glicosuria passageira — após a remoção da suprarrenal hiperplasiada, enquanto as outras duas (Obs. 2 e 3) não apresentaram perturbação da gli-

cemia. Chegamos, pois, ao seguinte ponto: representará a hiperostose frontal interna isolada uma condição anátomo-clínica diferente da síndrome de Morgagni? O exame atento da literatura, desde Morgagni — até as últimas publicações (como a de Calame — 7) indicam os seguintes fatos:

- a) existem formas de hiperostoses frontais internas que se associam à obesidade de diversos tipos e ao virilismo pilar na mulher; são os casos que devem ser chamados de síndrome de Morgagni;
- b) encontram-se formas de hiperostoses frontais internas — mesmo de considerável desenvolvimento (nossa Obs. 2), que se apresentam com uma sintomalogia pobre, tendo a cefaléia por sinal maior, e que se acompanham de obesidade ou virilismo, ou se associam tão somente a certa corpulência (Obs. 2), podendo associar-se à obesidade independente do virilismo pilar; não poderemos considerar estes últimos casos como síndromes incompletas de Morgagni — porém tão somente como hiperostoses frontais internas (acompanhada dêste ou daquele sintoma).

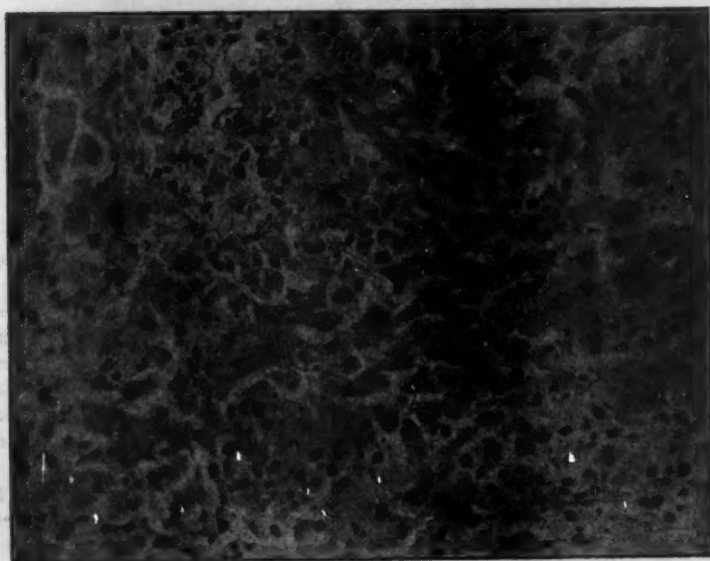


Fig. 5 — Microfoto de um campo da cortical da suprarrenal extirpada de doente J. M. S. L. (Obs. 1). Coloração pela hematoxilina-eosina. Oc. s X Obj. 7. Leitz X fole — X 300. — Zona reticular da cortical. Como as outras camadas, apresenta hiperplasia apreciável das células corticais. Notem-se os espongíocitos com seus núcleos vesiculosos, e citoplasma claro, cheios de enclaves lipídicos (demonstrados pela reação de Schiff).

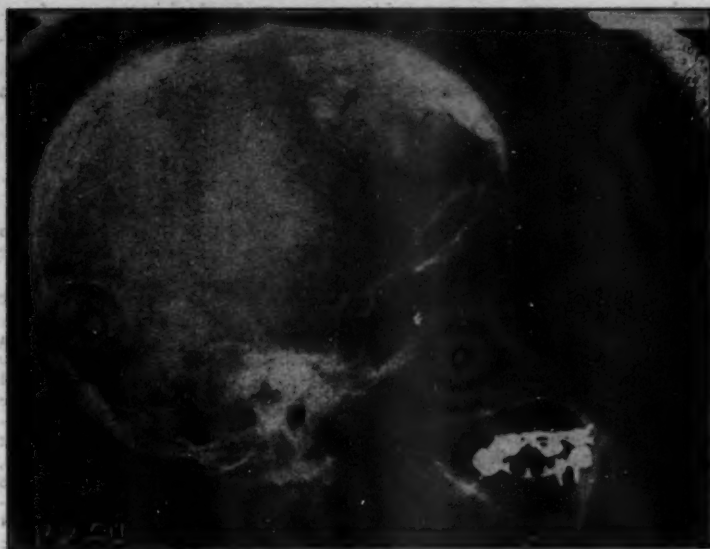


Fig. 6 — Radiografia de perfil do crânio da doente A. S. — Considerável hiperostose frontal interna, se estendendo da porção inferior do osso frontal até a sutura fronte-parietal. Notar o aspecto da neoformação óssea sob a forma de saliências tuberosas esbranquiçadas. Observar a considerável espessura da tábua óssea no nível da porção inferior do osso frontal. Presença de sulcos vasculares. Seios Frontais desenvolvidos.

• E' evidente que as hiperostoses isoladas, que se enquadram no último grupo, mesmo acompanhadas de obesidade — apresentam fóra de dúvida uma significação endocrina — porém não as poderemos superpor à síndrome de Morgagni.

Devemos, pois, no momento distinguir a hiperostose frontal interna isolada das formas acompanhadas de virilismo pilar na mulher e de obesidade (Obs. 1). Não esqueçamos que podemos ter hiperostoses frontais internas em certas osteopatias crônicas — como a doença de Paget. Neste particular achamos de interesse uma nossa observação pessoal (Obs. 3), absolutamente assintomática.

Ao terminar estas considerações gerais não podemos deixar de insistir que a hiperostose frontal interna é um dos elementos fundamentais da síndrome de Morgagni, embora possa existir isoladamente, sem acompanhar-se dos outros dois elementos básicos da triade de Morgagni. Sôb um critério rígido de patologia temos, pois, que estabelecer uma separação entre ambos os quadros, que deixam de ser sinônimos, e apresentar a mesma significação anátomo-clínica. Em estudo anatómico que procedemos em 100 crânios do Museu de Anatomia da Fac. de Medicina (Univ. S. Paulo)

tão somente encontramos uma forma avançada de hiperostose frontal interna (Fig. 1); maiores detalhes e os protocolos daquelas observações anatómicas se encontram em nosso trabalho anterior (25), apresentado ao Congresso Internacional de Cirurgia de Buenos Aires.

OBSERVAÇÕES

Obs. 1 — A descrição detalhada desta observação se encontra em trabalho anterior (25), e, por isso, iremos sumárizá-la os dados essenciais a este presente ensaio.

J.M.S.L., branca, brasileira, casada, com 36 anos, costureira, procedente da Capital. Procurou o ambulatório de endocrinologia da Santa Casa (Dr. J. A. de Mesquita Sampaio), apresentando como queixa obesidade (81 quilos para 1,55 m.), transtornos nervosos e ovarianos. Tem dois filhos — nascendo o primeiro quando tinha dezesseis anos, e o segundo quando tinha dezenove anos. Aos 24 anos teve uma amenorréia de 9 meses. Apresenta todos os elementos da síndrome pré-menstrual. Metabolismo basal de $+12,5\%$. Iniciou o tratamento com medicação para emagrecimento. Um ano e quatro meses após referia *cefaléia intensa* na região frontal inferior. Apresentava, ainda, insônia, dismenorréia, astenia, taquicárdia e nervosismo. Notou a doente desde o aumento de peso o aparecimento de pêlos no rosto e região mentoniana, tendo necessidade de proceder constantemente à depilação (fig. 2). Órgãos genitais externos normais. Campo visual normal. Apresentava uma anemia secundária hipocrômica. Diminuição dos estrogênicos no sangue (1 unidade camondongo por 40 cc. de sangue); na urina

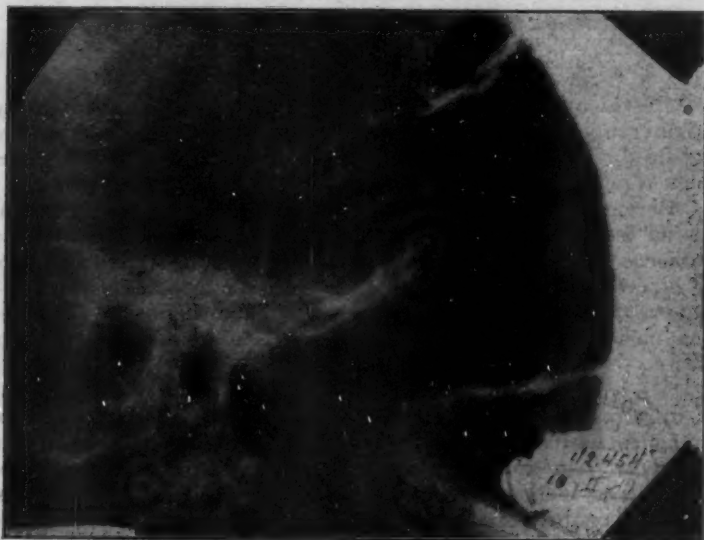


Fig. 7 — Radiografia da região selar da mesma doente (Obs. 1). Sela turcica pequena, de contornos regulares. Sinais de calcificação supracelular.



Fig. 8 — Radiografia de perfil do crânio da doente M. H. C. A. (Obs. 3). Espessamento uniforme de toda a tábua óssea. Apreciável hiperostose frontal interna, se estendendo desde a porção inferior do osso frontal até a sutura fronto-parietal. Sela turcica pequena, de forma regular.

a eliminação dos estrógenos é normal (14 unidades ratos). Não houve reação positiva para as gonadotrofinas no sangue; grande queda das gonadotrofinas na urina (5 unidades rato por litro); a taxa dos 17 ceto-esteróis se encontra acima do normal (9,12 mg. em 24 horas, pelo método fotocolorimétrico de Sachs e Kurzrok). A doente, tendo em vista o seu virilismo pilar, foi submetida a um pneumo-rim (fig. 4), que evidenciou um aumento da suprarrenal esquerda. A radiografia do crânio (fig. 3) demonstrou uma hiperostose frontal interna, além de uma abobada uniformemente espessada. A sela turcica é normal em suas dimensões — embora apresente osteólise das clinóides posteriores. Esta doente foi por nós operada — com a indicação de hiperplasia da suprarrenal esquerda. Retiramos a suprarrenal esquerda, que se apresentava apreciavelmente aumentada — pesando 17 grs. A glândula foi submetida ao reativo de Schiff (ver detalhes no trabalho anterior, (25) observando-se com exame a pequeno aumento uma coloração arroxeada da cortical e de parte da medula — conseqüente ao acúmulo de enclaves lipídicos nas células da cortical e medular. A histopatologia demonstrou (fig. 5) uma apreciável hiperplasia das células das diferentes camadas da cortical (zonas glomerular, fasciculada e reticular); os espongocitos se apresentam ricos em enclaves lipídicos. A doente apresentou melhora da obesidade e do virilismo.

Obs. 2 — A.S., brasileira, de 50 anos, casada, com dois filhos, de nossa clínica civil. Senhora de bom nível intelectual, embora de temperamento impressionável. Casou-se há 30 anos, e tem uma filha de 20 — com acentuada obesidade geral: tem, ainda, um filho menor de 10 anos. Conta que há ano, da data que nos procurou (1950) — apresentou dores de cabeça sem causa aparente. Fez diversos exames clínicos e de laboratório, que foram negativos, não explicando as suas cefaléias. Exames oculares negativos, bem como aqueles dos seios da face. O exame físico mostra uma senhora com bom estado geral — com uma adiposidade atingindo a porção inferior do tronco e os membros inferiores. Não apresenta nenhum caráter de masculinidade — principalmente virilismo pilar. As reações serológicas para a lues são negativas. Apresenta apreciável hiperostose frontal interna (fig. 6), sob a forma de neoformações ósseas tuberosas: espessamento da tábuas ósseas em geral. A sela turcica (fig. 7) é pequena, de contornos regulares, apresentando sinais de calcificação supra-celular. As dosagens do cálcio, fósforo e fosfatase e se apresentam os limites do normal. O colesterol no sangue é igual a 197 mg. %. Existe uma hipoproteïnemia (5,09 mg. p. as proteínas totais). Não tivemos posteriormente mais notícias sobre esta doente.

Obs. 3. — M.H.C.A., brasileira, branca, com 20 anos, casada há dois anos, com uma filha de um ano e um mês. Apresentou menarca aos 11 anos. Refere há 13 anos cefaléias, ocupando a região occipital. Durante a gravidez foi a época



Fig. 9 — Radiografia em projeção frontal do crânio do mesmo doente (Obs. 3).
Aspecto da porção inferior da hiperostose.



Fig. 10 — Radiografia de perfil do crânio da doente C. M. (Obs. 4), com espessamento uniforme de toda a tabua craniana. Presença de apreciável hiperostose frontal interna. Esta doente era portadora de uma forma grave de osteopatia de Paget ao nível do humero direito.

maior que passou sem a cefaléia. Queixa-se, no entanto, de insônia e nervosismo. Apresenta astênia. Doente bem constituída, com psiquismo normal. Nota, no entanto, que as cefaléias a acometem mais quando está fora de qualquer distração. Exame dos seios frontais e da face normais. Pressão sistólica de 10,5 e diastólica de 6. O peso é de 52 quilos, sendo a altura de 1,50 m. A doente é do tipo pícnico, porém, perfeitamente euménica. Foi, por nossa indicação, operada das amígdalas. Persistência da cefaléia após a amigdalectomia. Fundo de olho normal. O metabolismo basal é igual a + 22,5 %. A radiografia do crânio demonstra apreciável hiperostose frontal interna, além de espessamento difuso de toda a tabua óssea (figs. 8 e 9). Não apresenta sinais de virilismo — especialmente virilismo pilar. É digno de nota, nesta doente, a informação que há quatro anos, todos os seis meses — tomava uma empola de 15 mgrs. de calciferol, o que fez até outubro de 1950. Informa, ainda, que seus pais apresentavam certa obesidade. Exames serológicos para a lues são negativos. Esta doente está, até o momento, sob nossa constante observação, aparecendo mensalmente ao exame. Em 7-6-51 prescrevi uma medicação sedativa geral, associada à vitamina A (50.000 U. por dia), e uma porção de iodo e iodeto de cálcio (0,5 de iodo e 5 gr. de iodeto de cálcio para 300 cc. de água — para tomar uma colher de

chá duas vezes ao dia). Em 1-8-51 apareceu à consulta queixando-se, ainda, das cefaléias. Estado geral Bom. Continuamos com a medicação sedativa geral (simpaticolítica), associando, agora, a dibromocolesterol em injeções semanais (5). Posteriormente tem tido períodos de melhoria, embora a cefaléia continue a reaparecer.

Obs. 4. — A observação detalhada desta doente se encontra em dois trabalhos anteriores (24 e 25). Trata-se de C.M., brasileira, branca, de 62 anos, religiosa, de nossa clínica civil. Apresentou uma forma grave da osteopatia de Paget (*in* 24), atingindo o humero direito, e intensos processos de reabsorção óssea no humero esquerdo. Foi submetida, por nossa indicação, com sucesso, à medicação pelo propionato de testosterona (*in* 24). A radiografia do crânio demonstrou — num período de melhoras apreciáveis das lesões humerais, a presença de um espessamento difuso e uniforme da tabua óssea craniana — e uma apreciável hiperostose frontal interna, que evoluiu sem sinais, especialmente cefaléias (*fig.* 10). A evolução daquela hiperostose, temos acompanhado (*in* 25), tem sido assintomática, e tem sido observada uma estabilização, chegando radiografias posteriores (*fig.* 11) demonstrar um processo de calcificação uniforme, que confere um aspecto regular a toda a porção da tábua interna do frontal atingida pela hiperostose, tornando-se o espessamento, nesta zona, apreciável.

RESUMO

S. HERMETO JUNIOR — Conceito anátomo-clínico da síndrome de Morgagni e da hiperostose frontal interna.

O A., tendo em vista uma revisão geral da literatura, insiste na necessidade de especificar-se e individualizar-se a síndrome de Morgagni e a hiperostose frontal interna. Refere — baseado em suas observações clínicas e pesquisas



Fig. 11 — Radiografia em projeção frontal da mesma doente (Obs. 4), um ano após a anterior (*fig.* 10). Observar a evolução anômica da hiperostose frontal interna. A espessura uniforme da tabua craniana continua. Ao nível das porções interna do frontal nota-se uma regularização da imagem vista na figura anterior, dando-se uma calcificação uniforme de toda a área da hiperostose.

anatômicas, o critério anátomo-clínico que estabelece a diferenciação daquelas duas condições. Defende para a síndrome de Morgagni a existência da triade: hiperostose frontal interna — virilismo pilar (na mulher) e obesidade. Por outro lado salienta a possibilidade de encontrar-se a hiperostose frontal interna isolada, sem acompanhar-se de obesidade ou virilismo pilar. Refere, ainda, a hiperostose frontal interna da doença de Paget.

SUMMARY

S. HERMETO JUNIOR — Morgagni's syndrome and internal frontal hyperostosis: anátomo-clinical conception.

The A. emphasized the general literature, and explain their clinical observations and anatomical findings. Describe the paramount importance of the two conditions: Morgagni's syndrome and internal frontal hyperostosis. Yet presented a case of internal frontal hyperostosis in the Paget disease.

LITERATURA

- 1) ALOYSIO DE CASTRO — *Notas e Observações Clínicas* — 3.^a série, 153 — 166. M. M. Ponzini, ed. São Paulo — 1943.
- 2) ALMEIDA TOLEDO, P. — *A hiperostose frontal interna*. "Rev. Neurol. e Psych." São Paulo, 2: 353-362; 1936.
- 3) ALMQUIST, R. — STEWART-MOREL syndrome — *Acta psychiat et neurol.*, 8: 244-248; 1945.
- 4) BARCIA, P. A.; CAUBARRERE, A. L. Y VIANA GIULI, C. A. — *Las síndromos radiológicos óseos que se relacionam con las perturbaciones de las glándulas endocrinas*. 1.^o Congr. Panamericano de Endocrinología (Rio — 1938). Publicaciones del "Dep. Científico de Salud Publica". Montevideo, Julio de 1938.
- 5) BARTELHEIMER H. — *Hyperostosis frontalis interna und hypophysärer Diabetes* — *Wien. med. Wchnschr.*, 89: 341-343; 1939.
- 6) BARTELHEIMER, H. — *Die Hyperostosis frontalis interna als symptom des hypophysären Diabetes*. — "Deutsche med. Wchnschr.", 65: 1129-1130; 1939.
- 7) CALAME, A. — *Le syndrome de Morgagni — Morel* — *Etude anatomo-clinique*. Masson, ed. Paris — 1951.
- 8) CALABRESE, C. — *Un nuovo caso di endocraniosi iperostotica tipo Pende*. — "Riforma Med.", 56: 675-676; 1940.
- 9) CANAVAN, M. M. — *Enostoses of the calvarium*. — "Arch. Neurol. and Psychiat.", 39: 41-53; 1938.
- 10) CARR, A. D. — *Neuropsychiatric syndromes associated with hyperostosis interna*. "Arch. Neurol. and Psychiat." (Americano), 35: 981-985; 1936.
- 11) CASATI, A. — *Die senilen Schaedelveraenderungen im Röntgenbild*. — "Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen", 34: 335-342; 1926.
- 12) CHIARI, H. — *Zur Kenntnis der senilen grubigen Atrophie an der Aussen flaeche des Schaedels*. — "Virchows Arch. f. path. Anat.", 210: 425-433; 1912.
- 13) DE FINIS, A. — *Hiperostose frontal interna* — "Rev. de Med. e Cir. de São Paulo", VI: 339-361; 1946.
- 14) DELMAS-MARSALET, P. — *Hyperostose frontal interne avec troubles mentaux*. — "J. méd. de Bordeaux", 115: 661, 1938.
- 15) DRESSLER, R. — *Über die Hyperostoses des Stirnbeins*. — "Beitr. Z. path. Anat. u. z. allg. Path.", 78: 332-363; 1927.
- 16) ELDRIDGE, W. W. and HOLM, G. A. — *The incidence of hyperostosis frontalis interna in female patients admitted to a mental hospital*. — "Am. J. Roentgenol.", 43: 356-359; 1940.

- 17) ERDHEIM, J. — *Über senile Hyperostose des Schadelaches*. — "Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path.", 95: 361, 1935.
- 18) ESCALIER, A. — *Les Hypertrophies et les Hyperostoses du crâne*. Thèse n.º 320. — Paris, 1927.
- 19) FLODERUS — *Untersuchung über den Bau der Hypophyse mit besonderer Berücksichtigung der quantitativen mikromorphologischen Verhältnisse* — "Acta path. Scand.", Supl. 53 — 1944.
- 20) GRAUHAN — STENFTENBERG, U. — *Über die Allenadipositas der Frau*. — "Ztschr. f. Altersforsch.", 2: 227-300; 1940.
- 21) GRIEG, D. M. — *On intracranial osteophytes* — "Edinburgh Med. J.", 35: 165-191, e 237-260; 1928.
- 22) GROLLMAN, A. and RAUSSEAU, J. P. — *Metabolic craniopathy. A clinical and roentgenologic study of so-called hyperostosis frontalis interna* — "J. A. M. A.", 126: 215-217; 1944.
- 23) HENSCHEN, F. — *Morgani's Syndrome* — Oliver and Boyd, ed. Edinburgh and London — 1949 (revisão completa da literatura).
- 24) HERMETO JUNIOR, S. — *A indicação do propaniato de testosterona na doença óssea de Paget*. — "Rev. de Med. e Cir. de S. Paulo", IV: 399-423; 1949.
- 25) HERMETO JUNIOR, S. — *Síndrome de Morgagni e hiperostose frontal interna*. — "Rev. de Med. e Cir. de São Paulo" — X: 605-631; 1950.
- 26) JÉQUIER, U. — *Dystrophies myotonique et hyperostose cranienne*. — "Sch. med. Wchschr.", 80: 522-529; 1950.
- 27) KNIES, P. T. et LE FEVER, H. E. — *Metabolic craniopathy; hyperostosis frontalis interna*. — "Ann. int. Med.", 14: 1858-1892; 1941.
- 28) KRAUS, E. J. und TRAUBE, O. — *Über die Bedeutung der basophilen Zellen der menschlichen Hypophyse*. — "Virchow Arch. f. path. Anat.", 268: 315-345, 1928.
- 29) DE LEHOCKZY, T. and ORBAN, A. — *Hyperostosis frontalis interna (Stewart — Morel's Syndrome)* — "Brit. M. J.", 1: 1049-1050; 1938.
- 30) LEMAIRE, F. H. E. — *Contribution à l'étude du syndrome de Morgagni — Morel* — Thèse n.º 3 — Paris — 1942.
- 31) LERI, A. et COTTENOT, P. — *Radiodiagnostic de la syphilis tardive au héréditaire. Les ostéites de la table interne du crâne*. — "Presse méd.", 34: 801-804; 1926.
- 32) LUCHERINI, T. — *Iperostosi frontale interna — Policlinico*. — "Sez. Med.", 46: 169-208, 1939.
- 33) MELLGREN, J. — *The anterior pituitary in hyperfunction of the adrenal cortex* — "Acta Path. Scandinava", Sup. 60: 1-177, 1945.
- 34) MOLLARET, P., MOLLARET, H. et LE BEAU, J. — *Sur l'autonomie du syndrome dit de l'H. F. I. de Ferdinand Morel* — "Rev. Neurol.", 73: 452-455; 1941.
- 35) MONIZ, E. — in Calame (7) e HENSCHEN (23).
- 36) DE MONTMOLLIN, R. — *Hyperostose frontale interne familiale*. — "Rev. Neurol.", 73: 15-23; 1941.
- 37) MOORE, S. — *Hyperostosis frontalis interna*. — "Surg. Gynec. and Obst.", 61: 345-362; 1935.
- 38) MOORE, S. — *Metabolic craniopathy*. — "Am. J. Roentgenol.", 35: 30-39; 1936.
- 39) MOORE, S. — *Calvarial hyperostosis and the accompanying symptom complex*. — "Arch. Neurol. and Psychiat.", 34: 975-981; 1936.
- 40) MOREL, F. — *L'hyperostose frontale interne* — Doin, Paris — 1930.
- 41) MOREL, F. — *L'hyperostose frontale interne. Les signes cliniques et les symptômes associés*. — "Schm. med. Wchschr.", 67: 1235, 1937.
- 42) MORGAGNI — *De Sedibus et Causis Morborum* — Lib. II — Epistola XXVII — Padua, 1765 — (citado por Henschen, 23, e Calame, 7).

- 43) NAITO, I. — *Die Hyperostosen des Schädels* — Wien und Leipzig, 1924.
- 44) PENDARIÈS, H. — *L'Hyperostose frontale interne — Syndrome de Morgagni* — Thèse de Marseille — 1940 (citada por Calame, 7).
- 45) PEREIRA DA SILVA, A. e D'ALEMBERT, S.P.G. — *Síndrome de hiperostose frontal interna* — "Arquivos de Assist. a Psicopatas do E. S. Paulo" — VIII: 101-141; 1943.
- 46) PETIT-DUTAILLIS, D., MOSSIMY, R., RIBADEAU — DUMAS, CH. et XAMBEAU CH. — *Endocraniose diffuse avec H. F. I. chez l'homme. Guérison des troubles psychiques après une double trepanation frontale*. — "Rev. Neurol.", 73:579 581, 1941.
- 47) QUARANTE, H. — *Le syndrome de Morgagni — Morel chez l'homme* — Thèse, Paris — 1942.
- 48) RICHTER, L. — *Zur Hyperostose des Stirnbeins* — "Röntgenpraxis", 11:651-662; 1939.
- 49) ROGER, A. A. — *The internal frontal hyperostosis syndrome (with report of two cases)*. Canad. "M. A. J.", 38: 129-132; 1938.
- 50) ROUSIER, P. H. et SÉCRETAN, J. P. — *A propos de l'hyperostose frontale interne*. — "Schw. med. Wchschr.", 70:924-1004; 1940.
- 51) ROUSSEY, G. et MOSINGER, M. — *Traité de neuro-endocrinologie*. Masson, ed. Paris — 1946.
- 52) SAMPAIO, J. A. DE M. e GAMA, C. — *Puberdade precoce por tumor da região pineal e por tumor da suprarrenal*. — "Pediatria e Puericultura" (Bahia), XVI: 87-131; 1947.
- 53) SAUVAGE, H. E. — *Sur l'état senile du crâne* — "Bull. Soc. Anthropol. de Paris". 5 (IIe. Série): 576-586; 1870 — citado por Calame (7).
- 54) SCHACHTER, M. — *L'hypertension artérielle au cours du syndrome de Morgagni-Morel*. — "Rev. mens. Psychiat. et Neurol.", 106: 237-242; 1942.
- 55) SCHACHTER, M. — *Le syndrome de Morgagni* — "Gazette des Hôpitaux", 110: 1453-1456; 1937.
- 56) SCHIFF, P. et TRELLES, J. O. — *Syndrome de Stewart-Morel (H.F.I. avec adipose et troubles mentaux) d'origine traumatique*. — "Encéphale", 26: 768-779; 1931.
- 57) SCHNEEBERG, N. G., WOOLHANDLER, G. et LEVINE, R. — *The clinical significance of Hyperostosis frontalis interna*. — "J. Clin. Endocrinol.", 7: 624-635; 1947.
- 58) SCHNEIDER, E. — *Zur Kenntnis der Schädelosteome und der Hyperostosis frontalis*. — "Med. Klin.", 32: 487-490; 1936.
- 59) SOMOGYI, J. und BAK, R. — *Über die neuro-psychiatrischen Beziehungen der Schädelhyperostose*. — "Deutsche Ztschr. Nervenhe.", 143: 199-208; 1937.
- 60) STEWART, R. M. — *Localized cranial hyperostosis in insane*. — "J. Neurol. and Psychopath." (Brit.), 8: 321-331; 1928.
- 61) STEWART, R. M. — *Hyperostosis frontalis interna: its relationship to cerebral atrophy*. — "J. Med. Sc.", 87: 600-607; 1941.
- 62) SÜSSE, K. — *Zur Frage der Konzentrischen Hyperostose der Schädeldachknochen*. Thèse: — Würzburg, 1908. — in Dressler (5).
- 63) WARTER, J., BLOCH, S. e MOISE, R. — *Hyperostose frontale interne et hyperfolliculinie*. — "Bull. et Mém. Soc. méd. d'Hôpitaux de Paris" — nos 21-22: 1057; 1950.
- 64) WARTER, J., MOISE, R. et BLOCH, S. — *Hyperostoses frontales internes* — "La Semaine des Hôpitaux", 26: 3460-3464; 1950.
- 65) WEINMANN, J. P. and SICHER, H. — *Bone and bones. Fundamental of bone biology*. — pgs. 380-386 — C. V. Mosby, ed. St. Louis — 1947.
- 66) CAMPOS, C.A. — *El Síndrome de Morgagni* — Buenos Aires — 1943 (excelente revisão da literatura).

SUCEDÂNEO DO PLASMA SANGUÍNEO

SUBTOSAN

Polivinilpirrolidona ou PVP e Compostos Minerais

Solução isotônica e isoviscosa em relação ao sangue

Conservação praticamente ilimitada

Ótima tolerância

Facilidade de emprêgo

Comodidade de transporte e aprovisionamento

Tratamento econômico

Supressão da determinação dos grupos sanguíneos

HEMORRAGIAS

ESTADOS DE CHOQUE

QUEIMADURAS

ATREPSIAS

CAQUEXIA

SUBTOSAN

FRASCO graduado de 500 cm³

SUBTOSAN INFANTIL

AMPOLAS de 50 cm³; caixas de 1 e de 25



A marca de confiança

COMPANHIA QUÍMICA RHODIA BRASILEIRA

CAIXA POSTAL 8095 — SÃO PAULO, S P

Perfuração da úlcera gastro-duodenal

(Experiência no Sanatório São Lucas)

Dr. PAULO G. BRESSAN

Cirurgião do Sanatório São Lucas.

O problema da úlcera perfurada do duodeno ou do estômago em peritônio livre constitui sempre assunto de interesse médico, particularmente entre os que se dedicam à cirurgia, porque, frequentemente a terapêutica é a intervencionista.

Não fugindo ao geral dos trabalhos, que cuidam quasi exclusivamente da terapêutica após perfuração, também nós encararemos esse ponto de vista, uma vez que somente em raras ocasiões tem o clínico ou o cirurgião oportunidade de indicar um tratamento profilático da perfuração. E, outro critério não se poderia seguir porque si na maioria dos casos a perfuração é precedida de perturbações gástricas antigas e variada sintomatologia casos há em que a perfuração é a primeira manifestação da úlcera.

Não sendo possível prevenir a perfuração devemos então traçar normas de tratamento alicerçadas em resultados obtidos na prática. Lançando mão de todos os casos de úlceras perfuradas operadas no Sanatório São Lucas e afastando o mais possível a orientação pessoal de cada cirurgião, julgamos ter conseguido o objetivo proposto.

Citando, o tratamento clínico da úlcera perfurada, preconizado como sistemático por alguns A.A., poderíamos considerá-lo indicado em casos especiais quando a perfuração foi tamponada espontaneamente por epiploon, o que nem sempre é fácil de se certificar antes da abertura do abdome.

Uma vez resolvida a intervenção para a cura da úlcera perfurada em peritônio livre, surgem as duas correntes indicando uma o fechamento da perfuração e a outra aconselhando a gastrectomia. Defensores, estatísticas e argumentos os há em profusão de ambos os lados e, nós também nos vemos obrigados a breves considerações sobre dados, afim de expormos nossa orientação.

Em parentesis, devemos acrescentar que em São Paulo, não há divergência de pontos de vista e que o critério adotado é a da gastrectomia.

No período de 1939 a 1951 (fevereiro) foram realizadas no Sanatório São Lucas, 1342 intervenções gástricas por motivo de úlcera duodenal, úlcera gástrica, cancer, gastropose e úlcera péptica.

Das 1342 intervenções tivemos 38 casos de perfuração gastroduodenal, (2,08%), sendo 26 por úlcera duodenal, 8 por úlcera gástrica, 3 por cancer gástrico e 1 por úlcera jejunal.

Pertenciam ao sexo masculino 37 casos (97,36%) e ao feminino 1 (2,64%).

A orientação cirúrgica consistiu em conduzir a intervenção para uma gastrectomia sempre que possível, deixando-se a sutura para os casos em que o mau estado geral do doente ou as condições locais não permitiam outra alternativa. Em alguns casos apenas se fez a drenagem da cavidade peritoneal, em desespero de causa.

Dos 26 casos de úlcera duodenal perfuradas 20 foram gastrectomizados (76,93%) com 3 casos de insucesso e nos outros 6 foi feito o fechamento e epiploonplastia da perfuração, tendo também 2 casos fatais. No tratamento das 8 úlceras gástricas perfuradas a gastrectomia foi realizada em 4 casos sem nenhuma morte, enquanto nos outros 4 casos em que a sutura da perfuração, drenagem da cavidade ou jejunostomia fôra executada não se conseguiu evitar a morte.

Nos 3 casos de cancer a intervenção consistiu apenas em retirada de material para biopsia e drenagem da cavidade peritoneal devendo-se assinalar que as perfurações si deram alguns dias antes e que os doentes chegaram a ter alta hospitalar apesar da etiologia do processo, agravado pelo quadro agudo.

Na úlcera jejunal perfurada foi feita apenas a drenagem peritoneal, vindo o doente a falecer.

A análise dos dados acima nos dá para 24 gastrectomias realizadas (20 por úlcera duodenal e 4 para úlcera gástrica) uma porcentagem de 63,15% sobre o total, sendo os outros 36,84% restantes correspondentes aos 14 casos de sutura da perfuração, drenagem da cavidade peritoneal e jejunostomia, distribuídos em 6 úlceras duodenais, 4 úlceras gástricas, 3 cancer e 1 úlcera jejunal.

Analisando os casos de morte teremos então que a porcentagem foi de 7,86% para os gastrectomizados, enquanto para os outros tipos de intervenção subiu a 18,42. Como estes últimos casos eram os de mau prognóstico cotejando-se os dados percentuais poderíamos ser levados a considerar a sutura como a melhor solução. Analisando entretanto, as circunstâncias em que se realizaram as intervenções veremos não ser este tipo de operação o melhor, e, isto porque: 1) Os 3 casos de cancer, que tiveram alta hospitalar, apresentavam o processo bloqueado, podendo mesmo enquadrá-los como casos de perfuração crônica; 2) excluindo os casos de cancer e a eventualidade rara de úlcera jejunal perfurada em peritônio livre, teremos que a porcentagem de gastrectomia

sobe para 71,4% e a sutura desce para 28,53%; 3) dos 3 casos de morte após gastrectomia por úlcera duodenal perfurada, 2 apresentavam também estado geral mau, tendo sido operados em desespero de causas, com peritônite generalizada datando um deles a perfuração de mais de 24 horas; 4) em dois casos de úlcera duodenal a sutura e peritonização foi executada porque os cirurgiões não estavam habituados a esse tipo de intervenção e conceniosamente tomaram essa orientação.

Acresce ainda nos casos de bom prognóstico cirúrgico a vantagem de se deixar a úlcera possibilitando a cancerização da úlcera gástrica, a eventualidade de deiscência de sutura, de estenose de nova perfuração, de hemorragia, necessidade de nova intervenção cirúrgica, enquanto na gastrectomia a cura definitiva da molestia constitui a sua maior indicação.

Concluindo: 1) pensamos estar a sutura indicada quando o estado geral é precário, quando o meio hospitalar não esteja aparelhado para outro tipo de intervenção ou quando o cirurgião não se acha habilitado a realizar a gastrectomia; 2) ser a gastrectomia a intervenção de eleição, devendo ser realizada sempre que possível, para que o doente possa se beneficiar das novas técnicas cirúrgicas e das recentes aquisições terapêuticas, com um mínimo de sofrimento físico e moral.

INSTITUTO RADIOLÓGICO "CABELLO CAMPOS"

Radiodiagnóstico e Radioterapia

Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)

RUA MARCONI, 94 - 2.º andar

Telefone 34-0655

SÃO PAULO

PANTOMETIONIN

(Flaconetes de 5 cm³, ampolas de 10 cm³ e comprimidos)

FÓRMULA:

INJETAVEL (uso endovenoso)

AMPOLAS DE 10 cm³

Acetil metionina	2,600 g
Cloreto de colina	0,050 g
Glicocolica	0,050 g
Inositol	0,100 g
Vitamina B12	10 mcg.

Soluto glicosado a 30%

q. s. p. 10cm³

ORAL

FLACONETES DE 5 cm³

Acetil metionina	0,650 g
Cloreto de colina	0,500 g
Glicocola	0,050 g
Inositol	0,100 g
Vitamina B12	5 mcg.

Água bi-distilada

q. s. p. 5cm³

COMPRIMIDOS

Cloreto de colina	0,200 g
Metionina (amido ácido)	0,500 g
Inositol	0,100 g
Vitamina B12	2 mcg.
Excipiente q. s. p.	0,900 g

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

*No tratamento das anemias macrocíticas, das
hepatites e toxi-infecções com insuficiência hepática*

APRESENTAÇÃO:

Caixa com 5 ampolas de 10 cm³

Caixa com 5 e 10 flaconetes de 5 cm³

Tubo com 20 comprimidos.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

Licença do S. N. F. M. sob os números 799/52, 799/52 e 402/52

Tabela A alínea XIII

Indústria Brasileira

Farm. Resp.: **M. P. Lanzoni**

LABORATÓRIO PHARMA

MARCELLO MASSARA & CIA.

Rua Tabatinguera, 164 — Telefone 33-7579 — São Paulo

Colectomias totais e sub-totais

(a proposito de 10 casos)

DR. DAHER CUTAIT

(Assistente de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.)

O A. apresenta a sua experiência pessoal de 5 casos de colectomia total e 5 de sub-total.

As totais foram realizadas em 4 pacientes portadores de retocolite ulcerativa grave e numa enferma com polipóse múltipla do intestino grosso com degeneração carcinomatosa de um dos polipos retais. Em 3 dos pacientes ulcerosos foi praticado o transplante do íleo ao canal anal (ileostomia anal). Nos outros 2 casos os pacientes foram submetidos à ileostomia definitiva. Em todos os 4 casos de colite ulcerosa dessa série a colectomia total foi feita em 3 tempos (ileostomia, colectomia sub-total e amputação do reto, com ou sem abaixamento do íleo ao canal anal), exceto num, em que a ressecção foi praticada em 2 tempos (ileostomia e colectomia total com abaixamento do íleo). No caso de polipóse múltipla a ordem cronológica das operações foi a seguinte: ileostomia, amputação do reto e colectomia sub-total.

Houve um óbito nessa série (paciente portadora de colite ulcerosa operada em 2 tempos, ileostomia e colectomia total com abaixamento do íleo ao anus), em consequência aos vômitos incoercíveis que levaram a paciente a um estado de anemia, proteinopenia e desidratação progressivas e incontroláveis, sobrevindo o exito letal 2 meses após a última operação.

Nos 4 casos restantes o resultado operatório e a evolução clínica foram inteiramente satisfatórios.

As sub-totais foram praticadas em 3 pacientes com polipóse múltipla, em um com retocolite ulcerativa grave e noutro com colite inespecífica de todo o grosso intestino, exceto o reto. Nos 3 casos de polipóse múltipla a operação foi realizada em 2 etapas (colectomia sub-total e anastomose íleo-retal, com fulguração dos polipos retais entre os 2 tempos). No caso de colite inespecífica a operação foi também realizada em 2 tempos, mas a tática foi diferente da seguida nos outros casos (hemicolectomia D no primeiro tempo e hemicolectomia E com anastomose íleo-sigmoideana no segundo tempo). No caso de retocolite ulcerativa grave,

foram praticadas 2 operações: ileostomia e colectomia sub-total. Sobreveio após esta última operação um abscesso intraperitoneal, que levou a paciente à morte 2 meses após a intervenção.

Os resultados operatórios e clínicos foram excelentes nos outros casos dessa série.

Os bons resultados nos 8 casos dessa série deve-se não só à remoção do intestino patológico, como também à colização, do íleo, do ponto de vista clínico, radiológico e metabólico, conforme pudemos observar nos mesmos.

CLIMETIONIL

DRÁGEAS ENTÉRICAS E AMPÓLAS DE 10 E 20 CM³

+

DRÁGEAS — Cada drágea contém:

D-L-Metionina	0,25 g
Bitartrato de Colina	0,10 g
Inositol	0,05 g
Glicocola	0,025 g
Queratina, q. s. p. revestir e excipiente q. s. p. dragear.	

TUBO COM 40 DRÁGEAS

+

AMPOLAS — Cada ampola contém:	10 cm ³	20 cm ³
Acetilmetionina	2,50 g	5,00 g
Inositol	0,25 g	0,50 g
Glicocola	0,25 g	0,50 g
Soluto glicosado isotônico q. s. p.	10 cm ³	20 cm ³

USO ENDOVENOSO

+

INDICAÇÕES

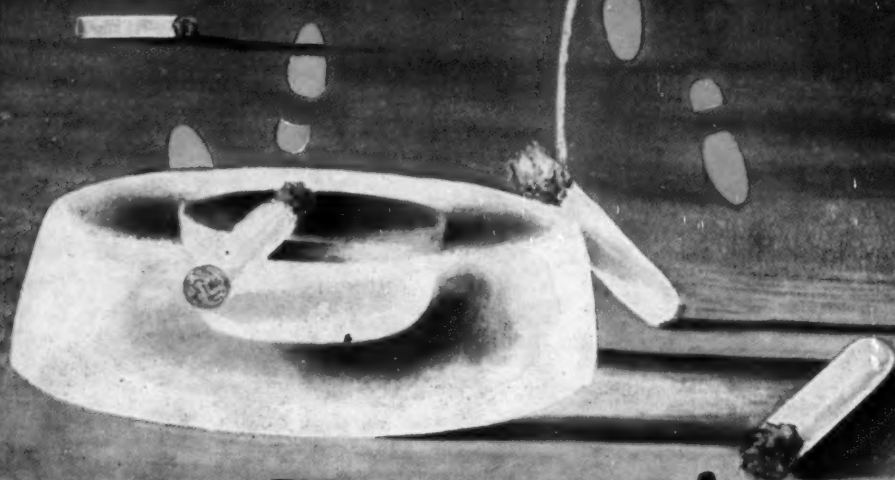
Cirrose e esteatose hepática — Intoxicações exógenas e endógenas: (toxicoses gravidicas, intoxicações medicamentosas, alimentares, profissionais). Intoxicações de origem bacteriana (por moléstias infecciosas) Estados alérgicos, de origem tóxica ou alimentar — Tratamentos pré e post-operatórios — Síndromes degenerativas hepatorréais Insuficiência hepática e suas manifestações — Hepatites agudas e crônicas.

+

LABORATÓRIO BIO-NEVRON S/A.

Rua Pedro de Toledo, 519 — Cx. Postal, 718 — Tel. 70-2657 — 7-5895
SÃO PAULO

INSONIA



maracugina

Colligato 52

maracugina

composta



Complexo estabilizado de plantas tipicamente brasileiras
 Extratos Fluidos de: Maracujá - Mulungú - Crataegus e Casemirã
 Sedativo do sistema nervoso nos estados decorrentes de excitação
 Proporciona um sono calmo e tranquilo, sem deprimir o organismo
 Calmante ideal para todas as idades

- * Sabor agradável
- * Não é tóxico
- * Não cria o hábito
- * Pode ser usado em altas doses

VIA ORAL — 3 colheres de chá por dia
 Vidros de 150 cm³

AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS SENHORES CLÍNICOS
DEPARTAMENTO DE PROPAGANDA

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A

Rua São Luiz, 161 - Fone 35-3141 - Caixa Postal, 8.086 - São Paulo - Brasil

Ileostomia anal

Dr. DAHER E. CUTAIT

Assistente de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O A. depois de referir a experiência dos diferentes cirurgiões em relação à colectomia total com abaixamento do íleo ao canal anal, na retocolite ulcerativa grave, expõe os resultados obtidos com esse tipo de operação em 3 casos por ele operados no Serviço Cirúrgico do Prof. B. Montenegro (Hospital das Clínicas).

Em 2 casos a operação foi praticada em 3 tempos (ileostomia, colectomia subtotal e amputação do reto com abaixamento do íleo). No outro caso a operação foi praticada em 2 tempos (ileostomia e colectomia total com abaixamento do íleo ao canal anal).

No primeiro caso os resultados clínicos foram satisfatórios. A paciente tem 4 a 6 exonerações diárias, continência anal satisfatória, porém persistência de irritação da pele perineal 3 anos após a feitura da operação.

No segundo caso o resultado foi excelente. O paciente tem apenas uma ou duas exonerações diárias, continência esfinteriana absoluta e ausência de irritação da pele perineal.

No último caso, operado em 2 tempos, a paciente teve no post-operatório vômitos incoercíveis, que a levaram a um profundo estado de anemia, proteinopenia e desidratação, vindo a falecer 2 meses após à feitura da operação.

O autor é de opinião que esta operação pode ser praticada com sucesso em casos seleccionados.

Acaba de aparecer:

ESTUDOS CIRÚRGICOS

6.ª Série

Pedidos ao autor

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Caixa Postal, 1574

São Paulo

PREÇO Cr \$200,00

REBALSIN-PAPAVERINA

GOTAS — AMPÓLAS DE 30 E 50 MG.

Complexo molecular de efeito

ANTIESPASMÓDICO - ANALGÉSICO - SEDATIVO

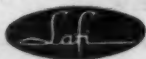
INDICAÇÕES

Nevralgias e nevrites. Ciática. Tosse espasmódica.
Pós-operatório. Dôres do parto. Cefalalgias e algias
em geral, principalmente nos hipertensos.

POSOLOGIA

Ampólas: 1-4 por dia, em injeção intramuscular profunda, nos glúteos exclusivamente;

Gotas: 40-50 num pouco de água açucarada, uma ou mais vezes por dia.



LABORATÓRIO FARMACÊUTICO INTERNACIONAL S.A.

RUA JAGUARIBE, 118 — FONE: 51-2779 — S. PAULO

Consultores Científicos:

PROFS. DRS. W. BERARDINELLI e LUIZ CAPRIGLIONE
(Catedráticos de Clínica Médica da Universidade do Brasil)

PROF. DR. AUGUSTO DE BARBIERI
(Professor de Bioquímica da Universidade de Pavia (Itália))

Deformidade do dorso do nariz por perda de substância osteo-cartilaginea

Dr. ROBERTO FARINA

Assistente e encarregado da Secção de Cirurgia Plástica e Reparadora da Clínica O.R.L. (Serviço do Prof. A. Paula Santos) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Hospital das Clínicas.

O nariz constitui desde a mais remota antiguidade órgão de grande importância psico-social. Isso decorre, evidentemente, de circunstâncias inerentes à sua situação, conformação e função.

Pode-se afirmar que as rinoneoplastias parciais e totais constituíram o "pivot" imorredouro em torno do qual se cristalizaram e se concretizaram todas as atividades impromptivas da cirurgia plástica.

Os afundamentos do dorso do nariz seja da parte óssea seja da cartilaginea constituem a razão de ser do trabalho que estamos apresentando.

MATERIAL

Operamos nos nossos serviços, de Janeiro de 1948 até 31 de Julho de 1951, 91 casos com deformidade do dorso do nariz por perda de substância óssea, cartilaginea, mucosa ou ambas. Em todos esses casos a pele se apresentava em condições boas ou pelo menos razoáveis para se executar a intervenção.

Desses 91 casos, em 3 fizemos a correção pela técnica de Straith (22), empregando a via de acesso de Kazanjian (17). Em outros 3 casos fizemos a reparação com inclusão de paladon. Queremos deixar consignado, entretanto, que de há alguns anos para cá, abandonámos completamente as inclusões por razões de ordem biológica (9). Portanto, desses 91 casos em 85 fizemos a correção com enxerto osteoperióstico retirado da tibia. Os enxertos em questão foram sempre do tipo autoplástico e monotópico.

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Antisepsia: álcool iodado.

Anestesia: novocaina a 1% mais adrenalina.

Operação: — Incisão de Joseph no limite entre cartilagens alar e triangular junto à margem alar conforme cuidamos da reparação do dorso ou do dorso essas. Descolamento do dorso o quantum satisfaça para receber o enxerto e permitir

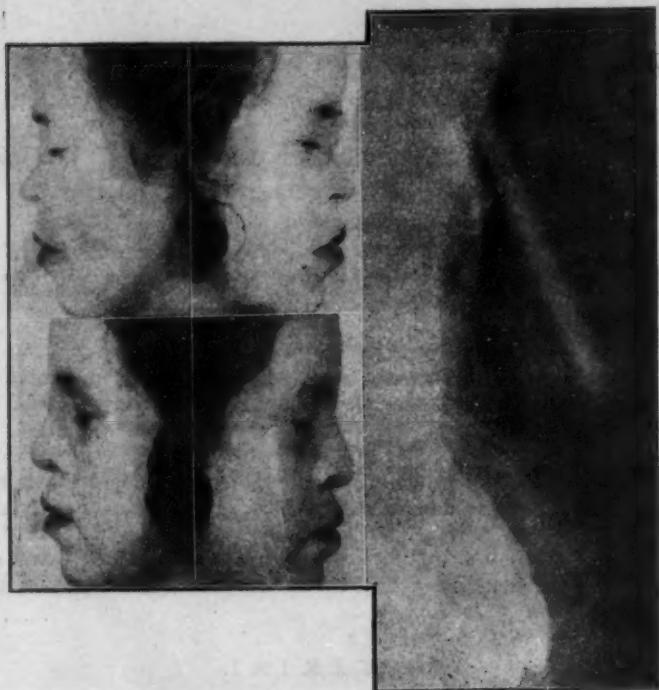


Fig. 1

trabalho cômodo. Aperiostamento dos ossos próprios do nariz. Em alguns casos reduzimos, mesmo, o dorso ósseo, de uma quantidade equivalente àquela do enxerto. Com escopro e martelo praticamos no frontal pequeno orifício de $\frac{1}{2}$ cm. de profundidade, no máximo. O enxerto ósseo retirado da crista da tíbia é, aqui, introduzido, ficando apoiado sobre os ossos próprios do nariz reavivados ou aperiostados. Sutura das feridas operatórias. Tamponamento das fossas nasais e imobilização do enxerto com placa de alumínio.

Fundamento do método. — Em 1946, em nota prévia (10), descrevemos um método para correção de narizes ptosados que algum tempo depois revelou-se pouco satisfatório, pelo menos com o emprego de inclusões. Foi aproveitando o mesmo método ou melhor, o mesmo princípio desse método que se originou o que estamos descrevendo. A única alteração, está na localização do ponto de resistência R. Este de nasal passou a ser frontal.

O princípio desse método é o das alavancas do primeiro gênero ou interfixas, isto é, das que tem o fulcrum ou ponto de apoio, entre a potência e a resistência (4). De acordo com a operação que descrevemos, o ponto de resistência R é representado pelo



Fig. 2

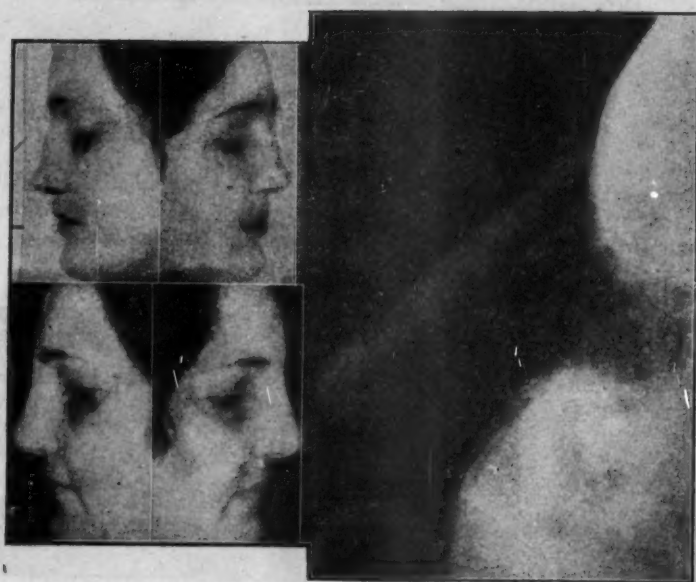


Fig. 3



Fig. 4

frontal; a potência P corresponde ao lóbulo do nariz, e o ponto de apoio é dado pelos ossos próprios do nariz (fig. 1). Com esse artifício não só retificamos o dorso afundado como, também, soerguemos o lóbulo nasal, em alguns casos, ptosados, sem necessidade de enxerto perpendicular ao primeiro que alguns autores costumam introduzir na columela (enxerto em "esquadria").

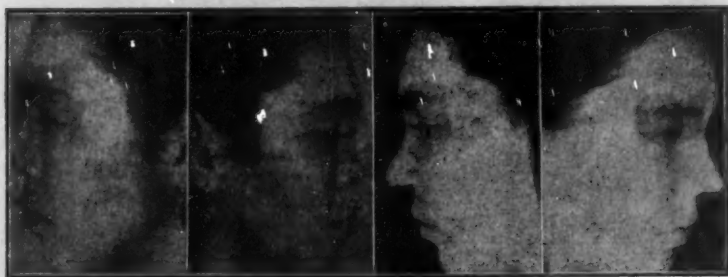


Fig. 5

Comentários. — O método que estamos empregando foi-nos sugerido pelas dificuldades técnicas e resultados práticos pouco satisfatórios que temos encontrado com outros processos. Por exemplo, não é sem dificuldade que realizamos um enxerto ósseo ou inclusão em "esquadria" para soerguer lóbulos nasais ptosados. Por outro lado, os resultados não são muito satisfatórios quando abandonamos simplesmente, em leitos adrede preparados, enxertos ósseos ou inclusões. Estes, preparados com a forma que reproduz

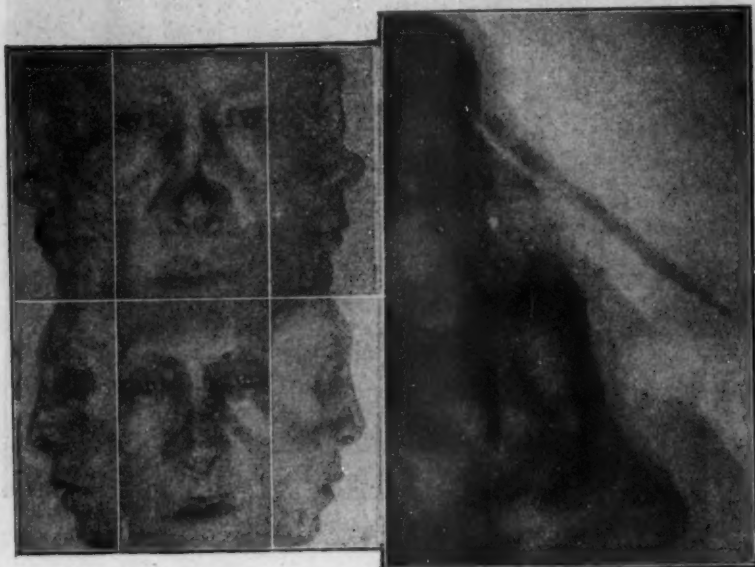


Fig. 3

similiter a perda de substância, podem bascular, pela simples pressão exercida sobre eles, fazendo proeminência sobre o dorso do nariz. Outras vezes, também, abandonados, sem outros cuidados e em flagrante contraste com os princípios que regem as anaplastias ósseas, os enxertos se reabsorvem. Se considerarmos as substâncias aloplásticas, os inconvenientes são, ainda, maiores, dadas as possibilidades de deslocamento, intolerância, eliminação, etc.

Os enxertos ósseos que empregamos, foram, sem exceção do tipo nomotópico. Damos preferência aos enxertos autoplásticos osteoperiósticos retirados da crista da tibia.

Parece não haver dúvida que os melhores enxertos ósseos são os autoplásticos e nomotópicos. Preferimos enxertos osteo-peri-

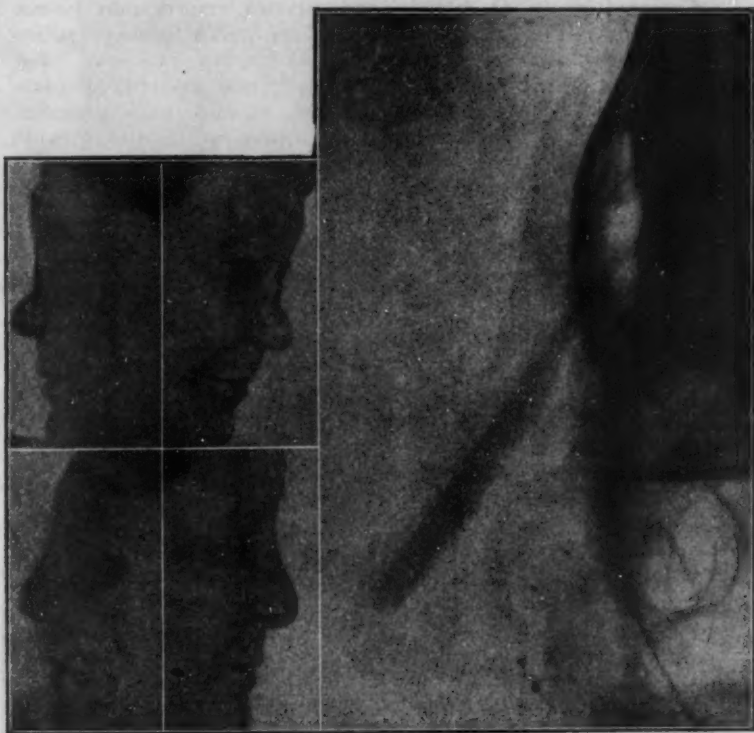


Fig. 7

ósticos porque acreditamos com alguns autores (2-7-8) que o perióstio tem ação favorável não só na incorporação biológica como na evolução posterior do enxerto. Delangeniere (8) acha, mesmo que os enxertos ósseos desde que sejam osteo-periósticos sobrevivem ainda que sejam transplantados heterotopicamente. Por outro lado, discordamos em parte de Perruelo (19) quando afirma que os enxertos ósseos sem função mecânica ativa tem tendência a sofrer reabsorção ou transformação fibrosa. Embora isso possa acontecer, não é a regra. Daí o valor que consignamos aos enxertos providos de perióstio.

Temos preferido retirar os enxertos da tíbia apenas por facilidade de execução. Ninguém duvida que os enxertos do tipo esponjoso são mais facilmente integráveis que os compactos em virtude do seu alto valor osteogênético (1-3-6-11-12-13-14-15-16-18-21).



Fig. 8

Aliás a maior dureza destes últimos, é, muitas vezes aproveitada com o método que estamos descrevendo, no soerguimento de lóbulos nasais ptosados. Evitamos, desse modo, os enxertos em esquadria.

Os nossos enxertos tem sido por condições inerentes à técnica, do tipo tangencial em relação aos ossos próprios e intra-ósseos com relação ao frontal. O contato entre enxerto e osso receptor é muito íntimo, o que garante a boa integração. Confeccionamos o leito frontal, bem como os enxertos com escopro e martelo.

Não temos nenhum acidente a consignar nem com relação ao membro inferior nem com relação ao seio frontal. O único senão que poderíamos apontar é o da necessidade de reduzir os ossos próprios, em pequeno número de casos, para receber o enxerto. Entretanto, consideramos isso de menor importância diante dos bons resultados obtidos.

Fizemos 85 enxertos ósseos com 9 insucessos o que nos dá 10,5% de mau êxito. Mesmo assim, essa porcentagem é metade da apresentada por outros autores empregando substâncias aloplásticas (20).

Devemos consignar, também que os insucessos se verificaram todos com doentes portadores de M.H., e portanto em condições físicas locais e gerais menos favoráveis.

Desses casos, em 3, o enxerto ósseo substituiu na mesma sessão operatória, uma peça de marfim e duas de paladon que se haviam deslocado. Em 11 casos foi feita a correção simultânea do dorso e de uma das asas e em 25 do dorso e de ambas as asas.

R E S U M O

O autor apresenta 91 casos com deformidade do dorso do nariz. A perda de substância do arcabouço osteo-cartilágneo é a causa responsável por tais deformidades. Em muitos casos (M.H.) as perdas de substância da mucosa nasal são, também, responsáveis pela retração e colapso das asas e ponta do nariz.

Dos casos apresentados em 3 foi realizada a operação de Straith e em outros 3 foi feita a inclusão de peça de paladon. O autor comenta que por razões de ordem biológica ele não mais emprega inclusões. Nos outros 85 casos a correção foi feita com enxerto osteo-perióstico da crista da tibia. Sempre que necessário fez-se a reparação da perda de substância da mucosa nasal com enxerto livre de pele ou com enxerto pediculado da região geniana. Os enxertos ósseos empregados foram sempre autoplásticos e transplantados nomotopicamente. Parece que a técnica empregada, nesses casos, é original. A porcentagem de insucesso é de 10,5% e corresponde aos doentes portadores de M.H.

S U M M A R Y

The author presents 91 cases of nasal deformities. This work is concerned with deformities of the nasal dorsum. The loss of substance from the osseous-cartilaginous framework is the cause responsible of such deformities. Nevertheless in many instances the mucous loss are responsible too for the greatest retraction of the nasal alae and nasal tip. In these cases the mucous layer was repaired by free skin grafting or by pedicle grafts from the adjacent skin (naso-labial sulcus).

In three cases the repair was carried out by the Straith's technique. In another three cases alloplastic substances were employed. The author also stated that he no longer uses acrylics based on biological knowledge.

On 85 patients the repair was performed with osteo-periosteal graft taken from the crest of the tibia. The grafts were, always autoplastics and nomotipics. It seems that the technique employed by the author is original. The percentage of bad results is 10.5% and is connected with those cases suffering from Hansen's disease.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ABBOTT, L.C.; SAUNDERS, J.B. de C.M.; BOST, F.C. — 1942 — *Arthrodesis of the wrist with use of grafts of cancellous bone*. "J. Bone and Joint Surg.", 24 (4): 883-898.
- 2) AXHAUSEN — Citado por SANVENRO (21).
- 3) BISHOP, W.A.; STAUFFER, R.C.; SWENSON, A.L. — 1947 — "Bone Grafts. J. Bone and Joint Surg.", 29 (4): 961-970.
- 4) BOUTARIC, A. — 1933 — *Precis de Physique*. G. Doin & Cie., Paris.
- 5) CHIARUGI, G. — 1936 — *Anatomia Dell'Uomo*. Vol. I. Società Editrice, Libreria, Milano.
- 6) COLEMAN, H.M.; BATEMAN, J.E.; DALE, G.M.; STARR, D.E. — 1946 — *Cancellous bone graft for infected bone defects*. "Surg. Gyn. Obst.", 83 (1): 392-398.
- 7) DAURIAC, J.S.; — 1920 — *Chirurgie réparatrice des Os*. — The Galignani Library, Paris.
- 8) DELANGENIERF, H.; LEWIN, P. — 1920 — *A general method of repairing loss of substance and of reconstructing bones by osteoperiosteal grafts taken from the tibia*. "Surg. Gyn. Obst.", 30 (5): 441-447.
- 9) FARINA, R. — 1949 — *Perdas de substâncias crânio-faciais*. "O Hospital", 36 (5): 659-675.
- 10) FARINA, R. — 1946 — *Rinoplastia nos casos de prolapso do lóbulo nasal com destruição extensa da cartilagem do septo*. Rev. "Hosp. Clin.", 1 (5): 237-304.
- 11) FARROW, R.C. — 1948 — *Summary of results of bone — grafting for war injuries*. "J. Bone and Joint Surg.", 30A (3): 31-39.
- 12) FLANAGAN, J.J.; BUREM, G.S. — 1947 — *Reconstruction of defects of the tibia and femur with apposing massive grafts from the affected bone*. "J. Bone and Joint Surg.", 29 (5): 587-597.
- 13) GIBSON, A.; LOADMAN, B. — 1948 — *The bridging of bone defects*. "J. Bone and Joint Surg.", 30A (2): 381-396.
- 14) HORWITZ, T.; LAMBER, R.G. — 1945 — *Treatment of ununited fractures of long bones*. "J. Bone and Joint Surg.", 27 (4): 637-644.
- 15) HORWITZ, T. — 1949 — *The behavior of bone grafts*. "Surg. Gyn. Obst.", 89 (3): 310-316.
- 16) HORWITZ, T.; LAMBERT, R.G. — 1947 — *Massive iliac bone grafts in the treatment of ununited fractures and large defects of long bones*. "Surg. Gyn. Obst.", 84 (4): 435-450.
- 17) KAZANJIAN, V. H. — 1933 — *Nasal deformities and their repair*. "Laryngoscope", 43 (12): 955-975.
- 18) MOREIRA, F.E.G.; BATALHA, E.S.C.; CAMARGO, F.P.; WERTHEIMER, L.G. — 1948 — *Tratamento das fraturas e pseudoartroses do colo do fêmur pela associação de enxertos ósseos esponjosos e cortical. Enxerto bicondiliano*. Rev. "Hosp. Clin.", 3 (3): 259-268.
- 19) PERRUELO, N.N. — 1945 — *Introducción al estudio de los injertos ósseos*. Ed. El Ateneo. Buenos Aires.
- 20) REBELO NETO, J.; MALBEC, E.F. — 1941 — *Inclusões em cirurgia plástica*. (1.º Congresso Lat. Amer. Cir. Plástica), "Arq. Cir. Clin. e Exper.", 5 (3): 151-220.
- 21) SANVENERO, F. — 1923 — *Gli innesti ossei*. Ed. Licinio Cappelli. Bologna.
- 22) STRAITH C.L. — 1936 — *Reconstructions about the nasal tip*. "Surg. Gyn. Obst.", 62: 75-78.

BRONCHISAN "SILBE"

Comprimidos Anti-Asmáticos

4

agentes anti-espasmódicos com elevada ação:

EFEDRINA
TEOFILINA
BENZILFTALATO DE CALCIO
AMIDOPIRINA

É o medicamento por excelência, pela via *ORAL*, contra a *ASMA* porque

Interrompe os ataques dentro de poucos minutos.

Aborta, sem excepção, os ataques no seu início.

Reduz a susceptibilidade pela desensibilização.

ACONDICIONAMENTO EM VIDRO DE 20 COMPRIMIDOS

LEUKOTROPIN

Fenilcinconinato de hexametilentetramina

REUMATISMOS E ESTADOS INFLAMATORIOS E INFECCIOSOS

ACONDICIONAMENTO EM CAIXAS DE { 2 AMPOLAS DE 10 cm³
5 " " 10 cm³
5 " " 5 cm³

PARA USO INTRAMUSCULAR E ENDOVENOSO

LEUKOSALYL

Fenilcinconinato de hexametilentetramina
Cafeína — Salicilato de sódio

ARTRITE DEFORMANTE — GIÁTICA

ACONDICIONAMENTO EM CAIXA DE 5 AMPOLAS DE 10 cc. PARA USO ENDOVENOSO

Fabricante:

Silbe H. O. — Amsterdam — Holanda

Distribuidores:

REMEDIA

CAIXA POSTAL, 3127

SÃO PAULO

Câncer do pulmão

Drs. JORGE A. TAIANA,
VICTORIO A. ARACAMA ZORRAQUÍN,
EDUARDO SCHIEPPATI.

Do Instituto de Cirurgia Torácica de Buenos Aires.

Nossa experiência sobre câncer do pulmão compreende um total de 253 enfermos operados consecutivamente entre agosto de 1943 e agosto de 1951.

Estes enfermos foram submetidos à diversas intervenções, com uma mortalidade de 9,8% (25).

QUADRO N.º 1

A exploração torácica se realizou em 196 enfermos, com uma mortalidade operatória de 10,7% (21), comprovando-se que somente em 65 a ressecção pulmonar era possível.

Consideramos como mortalidade operatória a que ocorre dentro dos 30 dias consecutivos à intervenção cirúrgica.

A toractomia exploradora sem ressecção pulmonar, que na maioria dos casos envolveu manobras endotorácicas, dissecação do pedículo pulmonar, biopsia do tumor ou de gânglios linfáticos, registrando uma mortalidade de 4,5% (6) sobre 131 intervenções.

Em 65 enfermos se praticou a ressecção pulmonar: 17 lobectomias e 48 pneumonectomias.

A mortalidade operatória foi de 23,0% (15) para as 65 ressecções; 11,7% para as lobectomias e 27,0% para as pneumonectomias.

Em 57 enfermos, a intervenção torácica foi substituída por antiálgicas, que ofereceram uma mortalidade global de 7% (4).

Das 238 ressecções pulmonares praticadas no Instituto de Cirurgia Torácica, por diversas enfermidades, os tumores primitivos do pulmão alcançam à 31,5% (75) e o câncer bronquial à 27,3% (65).

Diagnóstico histopatológico de câncer prévio à operação. — O diagnóstico de neoplasia pulmonar deve ser obtido mediante a concorrência de todos os processos semiológicos, radiológicos e endos-

cópicos ao nosso alcance. Os achados histopatológicos de câncer antes da intervenção nas 196 toractomias que estudamos podem analisar-se no quadro n.º 4.

Em 42,4% (63) dos 196 enfermos submetidos à toractomia, foi possível estabelecer-se, previamente à intervenção, o diagnóstico histopatológico do câncer. Este diagnóstico foi proporcionado pela biopsia broncoscópica em 39, estudo do esputo ou das secreções bronquiais em 24, por biopsia aspiração em 7. Em alguns pacientes, dois ou mais destes processos, concorreram igualmente ao diagnóstico.

Portanto em 57,6% (133) a toractomia se realizou com presunção clínico radiológica e também endoscópica de câncer mas sem prova histopatológica prévia.

Das 65 ressecções somente 33,8% (22) possuía um achado positivo antes da operação.

Dai se deduz o valor diagnóstico do toracotomia, capaz de proporcionar uma informação anatomopatológica até este momento negativa e estabelecer em uma forma terminante a ressecabilidade os tumores. Sem dúvida que a toracotomia pode afastar dos diagnóstico de câncer mas igualmente facilitar o tratamento de outras enfermidades cirúrgicas (quisto hidático, supuração crônica, neoplasias diversas, etc.).

Ressecções curativas e paliativas. — Realizamos uma classificação operatória das ressecções pulmonares em curativas e paliativas segundo o processo canceroso tenha sido presumivelmente extirpado na sua totalidade ou não.

QUADRO N.º 3

As ressecções pulmonares paliativas se realizaram em processos muito estendidos, com propagação direta à estruturas vizinhas ao pulmão ou propagação por via linfática.

Freqüentemente se tratava de pacientes em más condições gerais e a operação alcançou uma extensão maior que as curativas, extirpando-se gânglios linfáticos mediastínicos, pericárdio, segmentos da parede torácica, etc.

Ressectibilidade. — A resectibilidade dos tumores não experimentou desde o ano de 1942 até o presente, marcadas modificações em relação à toracotomia.

QUADRO N.º 4

As indicações mais amplas da toracotomia acompanharam paralelamente à uma maior experiência quanto à extirpação dos tumores propagados.

Sobrevida. — Em 31 de Julho de 1951, somente vivem 19 enfermos (29,2%) das 65 ressecções.

QUADRO N.º 7

A máxima sobrevida supera os sete anos e vive atualmente sem evidência de metástases. 5 enfermos sobrepassam os três anos e igualmente não apresentam evidência de metástases.

QUADRO N.º 8

A mortalidade operatória convem analisar em relação à idade dos pacientes.

QUADRO N.º 9

As cifras ainda reduzidas não permitem extrair conclusões definitivas, mas a mortalidade aumenta com a idade.

A sobrevivência será melhor examinada discriminando as mortes por câncer e por outras causas. Depois de três anos da operação, os pacientes sem evidência de metástases possuem boas perspectivas sob o ponto de vista do câncer mas podem sucumbir à outras afecções (hipertensão arterial, insuficiência renal, etc.).

QUADRO N.º 10

Em 31 de julho de 1948, isto é, ha três anos, tínhamos praticado 23 ressecções e 7 destes enfermos (20,4%) sobrepassaram os três anos sem evidência de câncer.

A morte ulterior de 3 desses enfermos foi devida à hipertensão arterial.

QUADRO N.º 11

A sobrevivência experimenta uma brusca queda nos primeiros doze meses; o segundo ano também assinala uma forte diminuição, em seguida a curva se estabilisa e experimenta uma elevação nos cinco anos.

QUADRO N.º 12

Ainda mais interessante é observar a sobrevivência nos casos operatóriamente classificados como curativos ou paliativos.

A sobrevivência experimenta uma forte queda nos primeiros doze meses; tanto para as curativas como para as paliativas

O segundo ano também assinala uma diminuição acentuada. A curva de sobrevivência parece estabilizar-se para as curativas depois dos três anos.

A curva para as paliativas experimenta variações bruscas em todos os anos, mas registra um caso de sobrevivência depois de cinco anos da intervenção, demonstrando as bondades de uma exérese realizada com critério paliativo e que resultou curativa por seus resultados.

QUADRO N.º 13

O diagrama objetiva o ano da operação e a evolução cronológica das mesmas.

Cirurgia antiálgica. — Em 57 enfermos considerados incuráveis se praticaram intervenções destinadas à supressão ou alívio da dor.

QUADRO N.º 14

As diversas operações expressam a necessidade de encontrar uma solução efetiva às dores do câncer propagado às estruturas nervosas.

De todas as operações preferimos a lobotomia préfrontal bilateral, que realizamos em 43 casos, com uma mortalidade de 9,3% (4).

Constitui o processo mais simples para obter a subestimação da dor visceral durante um período de dois ou três meses.

RESUMO

Procede-se à revisão de 237 enfermos com câncer do pulmão submetidos à tratamento cirúrgico: 65 ressecções pulmonares, 131 toracotomias exploradoras e 57 intervenções antiálgicas.

São considerados: Os achados anatomopatológicos prévios à operação e o tratamento cirúrgico.

A sobrevivência das ressecções é analisada referindo-se às operações divididas, segundo classificação operatória, em curativas e paliativas.

7 casos sobrepassaram os três anos; a mais prolongada sobrevivência supera os sete anos desde a intervenção.

BIBLIOGRAFIA

TAIANA, J. A. — *Carcinoma bronquial. Ciento noventa y seis casos quirurgicos.* "Cirurgia, Ginecologia y Urologia" Madrid 1: 352-361, 1950.

A última Novidade...
Ester penicilínico
com ação seletiva sobre as infecções pulmonares



LEOCILLIN

LØVENS KEMISKE FABRIK
 Copenhague-Dinamarca

DISTRIBUIDORA EXCLUSIVA PARA O BRASIL

Ind. Farm. Endochimica S. A.
 S. F. E. P. INSCRIÇÃO 159

MATRIZ:

Estrada Sto. Amaro, 1239 - S. Paulo

FILIAIS:
 RIO DE JANEIRO
 PORTO ALEGRE
 BELO HORIZONTE
 RECIFE-SALVADOR
 CURITIBA

END. TELEGRÁFICO

"ENDOCHEMICA"
 TELEFONE 8-2138
 CAIXA POSTAL 7230

LEOCILLIN

(Hidroiodeto do beta-dietilaminoetil-éster da benzil-penicilina).

É um novo derivado da penicilina com **excepcional afinidade para os pulmões**, pelos quais é excretado seletivamente.

Após a administração de Leocillin, as concentrações de penicilina nos pulmões e na árvore brônquica, são bem mais altas e de maior duração do que as obtidas com o emprêgo de penicilina procáínica ou sódica.

Devido à particularidade que tem de se armazenar no tecido pulmonar, o Leocillin administrado nas bronquiectasias e bronquites, determina altas concentrações de penicilina na expectoração e, em consequência, rápida diminuição na quantidade da mesma.

INDICAÇÕES

Infecções brônquicas e pulmonares suscetíveis à penicilina, particularmente:

- Bronquites crônicas ou agudas
- Bronquiectasias
- Abcessos pulmonares
- Pneumonias
- Infecções pulmonares associadas ao carcinoma pulmonar.

Infecções por estreptococos, estafilococos e gonococos

- Erisipelas
- Anginas de Vincent
- Sífilis.

APRESENTAÇÃO

Caixas com 1 e 10 frasco-empôlas de 100.000 U.

Caixas com 1 e 10 frasco-empôlas de 500.000 U.

Venda sob receita médica

Licenciado pelo D.N.S. sob n.º 36 e 37 em 11-1-1952.

Farm. resp.: H. Rasmeling

LØVENS KEMISKE FABRIK

Copenhague-Dinamarca

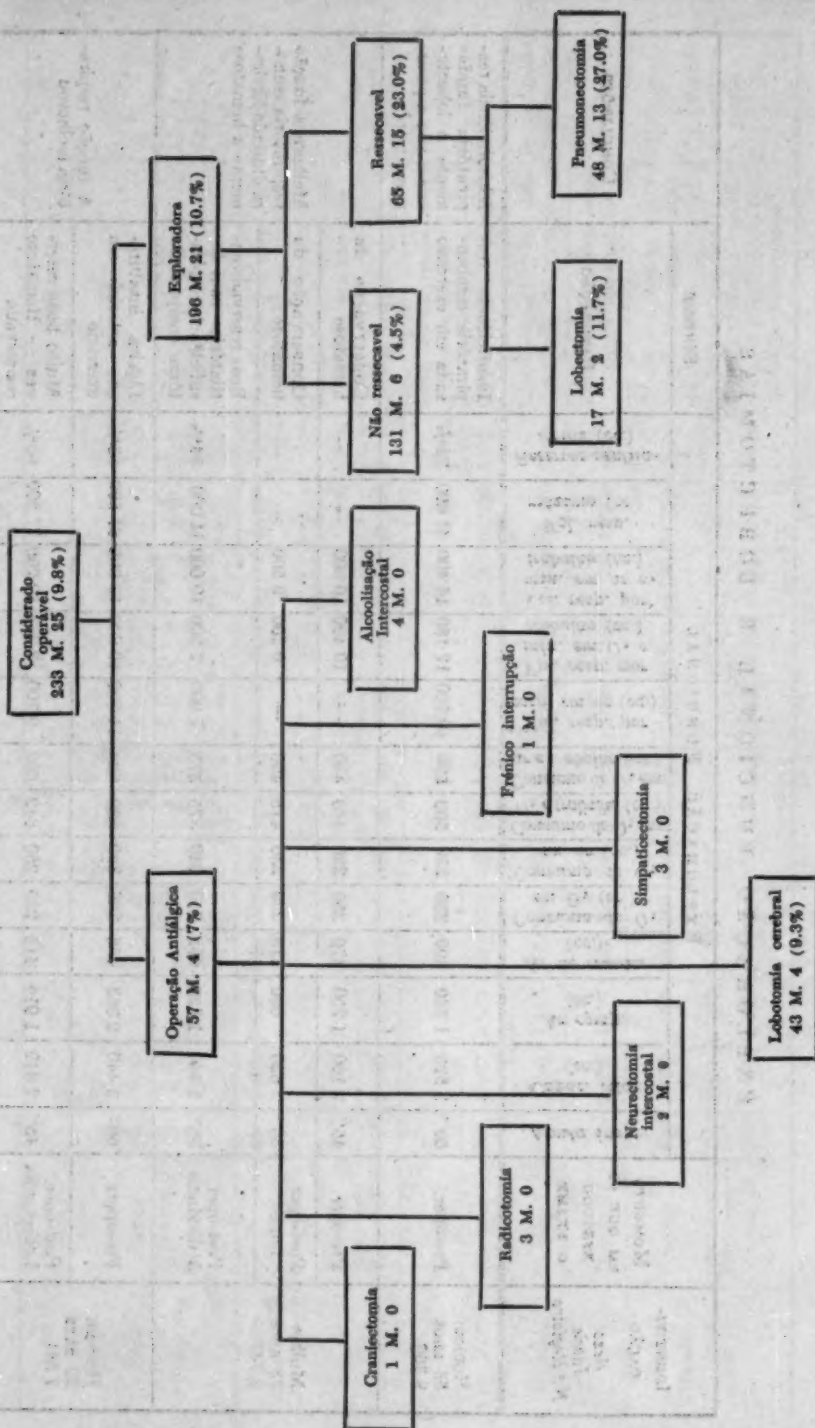
DISTRIBUIDORA EXCLUSIVA PARA O BRASIL

IND. FARM. ENDOCHIMICA S/A.

ESTRADA SANTO AMARO, 1839 - CAIXA POSTAL 7830

SÃO PAULO

CÂNCER DO PULMÃO



EXPLORAÇÃO FUNCIONAL E TORACOPLASTIA

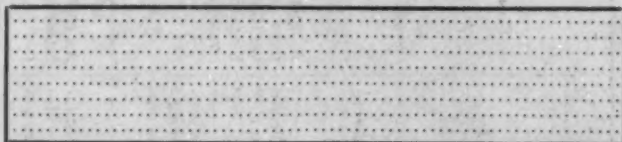
IDENTIFI- CAÇÃO <i>Sexo</i> <i>Idade</i> <i>N.º Registro</i>	TEMPO OPERA- TÓRIOS	EXPLORAÇÃO FUNCIONAL										SÍNTESE		CONCLUSÕES		
		<i>Ápnea insp.</i>	<i>Capac. vital</i> (cc.)	<i>Ar cgm.</i> (cc.)	<i>Ar de reserva</i> (cc.)	<i>Consumo de O₂</i> (cc.)	<i>Consumo de O₂</i> em O ₂ (cc.)	<i>Consumo de O₂</i> em ar (cc.)	<i>Consumo de O₂</i> em trabalho (cc.)	<i>Vol. resp. por</i> min. em ar (cc.)	<i>Vol. resp. por</i> min. em O ₂ e trabalho (cc.)	<i>Vol. resp. por</i> min. em ar e trabalho (cc.)	<i>Vol. resp.</i> máximo (cc.)		<i>Reservas ventila- tórias</i> (cc.)	
Homem 45 anos 528		45"	2 490	1 740	330	230	230	230	540	460	14 300	9 500	13 600	36 200	60°/o (nulas)	Insuficiência respirat. des- compensada em exercício
	Pre-oper.	60"	3 100	2 400	330	290	250	530	520	520	13 000	15 300	23 000	51 800	82°/o	Insuficiência respirat. com- pensada em exercício
Homem 30 anos 7 453	Tempo I	50"	2 900	1 950	580	310	330	330	685	685	7 600	10 300	10 400	45 200	87°/o	Bôa hematose
	Tempo II	50"	2 487	1 535	375	350	315	620	460	460	8 400	15 480	17 100	65 000	87°/o	Insuficiência respirat. com- pensada em exercício
	Pre-oper.	35"	3 482	2 363	580	311	331	570	580	580	12 000	16 370	16 700	67 200	81°/o	Conservação da hematose
Homem 47 anos 9 364	Tempo I	55"	3 110	1 500	800	290	250	250	500	520	11 100	13 270	14 540	58 400	81°/o	Insuficiência respirat. com- pensada em exercício
	Tempo II	45"	2 365	1 575	290	270	290	600	600	600	12 000	11 400	12 600	59 200	80°/o	Insuficiência respirat. com- pensada em exercício
	Pre-oper.	50"	2 490	1 780	250	290	250	560	520	520	7 400	11 200	11 300	54 720	85,5°/o	Muito boa reserva venti- latória com conservação da hematose
Homem 41 anos 7 645	Post-oper. depois de 4 T.	25"	1 660	1 040	165	230	270	230	435	415	9 000	9 700	11 000	35 600	75°/o	Regular reserva ventila- tória — Insuficiência res- piratória compensada

EXPLORAÇÃO FUNCIONAL E PNEUMONECTOMIAS

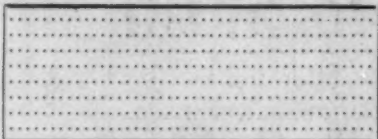
IDENTIFICAÇÃO <i>Sexo</i> <i>Idade</i> <i>N.º Registro</i>	MOMENTO EM QUE SE EFETUOU O EXAME	EXPLORAÇÃO FUNCIONAL										SÍNTESE		CONCLUSÕES	
		<i>Apnéia insp.</i> (cc.)	<i>Ar comp.</i> (cc.)	<i>Ar de reserva</i> (cc.)	<i>Consumo de O₂</i> em O ₂ (cc.)	<i>Consumo de O₂</i> em ar (cc.)	<i>Consumo de O₂</i> em trabalho (cc.)	<i>Consumo de O₂</i> em ar e trabalho (cc.)	<i>Vol. resp. por min. em ar</i> (cc.)	<i>Vol. resp. por min. em O₂ e trabalho</i> (cc.)	<i>Vol. resp. por min. em ar e trabalho</i> (cc.)	<i>Vol. resp. máximo</i> (cc.)	<i>Reservas ventilatórias</i> (cc.)		<i>Saturação</i>
Homem 50 anos 8 327	Pre-oper.	40"	2 653	1 202	953	330	290	569	—	13 800	19 000	—	72 000	81%	Conservada em repouso — Em exercício, cianose e dispnéia intensa
	Post-oper.	30"	1 765	787	474	340	310	642	725	11 600	7 460	10 100	65 500	83%	A capacidade vital se reduziu à metade
Homem 28 anos 7 466	Pre-oper.	60"	4 000	2 945	665	310	310	725	725	11 200	10 500	10 100	65 500	83%	- A polipnéia compensada - Conservando-se a hematose
	Post-oper.	30"	1 765	787	474	340	310	642	725	11 600	7 460	10 100	64 000	82%	
Homem 38 anos 8 821	Pre-oper.	40"	3 320	1 900	800	350	330	800	745	11 600	14 800	15 100	60 200	81%	Conservada
	Post-oper. c/empíema drenado	25"	1 368	830	165	235	250	—	—	10 500	—	—	41 400	70%	Não se determina (empíema)
Mulher 40 anos 1 101	Post-oper. à distância c/ toracoplast.	30"	1 410	620	375	210	190	455	330	10 000	12 400	12 000	46 500	78,3%	Insuficiência respiratória grave em exercício
	Pre-oper.	30"	1 825	1 080	250	290	290	435	330	12 300	9 700	11 600	53 800	77%	Insuficiência respiratória descompensada
	Post-oper.	30"	1 285	746	41	270	265	373	360	10 000	11 500	11 600	30 000	70%	Conservada

RESSECÇÕES PULMONARES

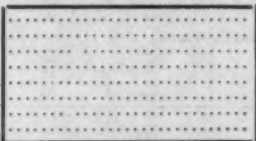
Total de ressecções pulmonares: 238



Ressecções por tumor primário: 75 (31.5%)

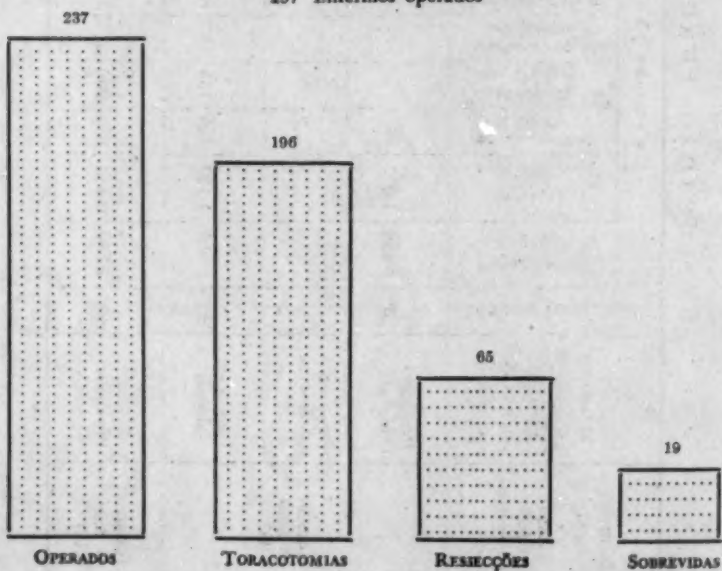


Ressecções por carcinoma broncogénico: 65 (27.3%)



CÂNCER DO PULMÃO

237 Enfermos operados



CÂNCER DO PULMÃO

65 Ressecções

Classificação operatória

Curativas.....	21 (32.3%)
Paliativas.....	44 (67.6%)

CÂNCER DO PULMÃO

PERÍODO	TORACOTOMIAS	RESSECÇÕES	PORCENTAGEM
1942 - 1946.....	26	10	38.4
1947 - 1951.....	170	55	32.3

CÂNCER DO PULMÃO

65 Ressecções

	SOBREVIDA
8 - 8 anos.....	1
6 - 7 ".....	0
5 - 6 ".....	1
4 - 5 ".....	1
3 - 4 ".....	2
2 - 3 ".....	2
1 - 2 ".....	2
Menos de 1 ano.....	10
TOTAL.....	19

CÂNCER DO PULMÃO

Ressecções pulmonares

IDADE	TOTAL	MORTALIDADE OPERATÓRIA		SOBREVIDA MAIOR 1 ANO	
		N.º	%	N.º	%
20 - 29	1	—	—	1	100
30 - 39	8	—	—	4	50
40 - 49	26	5	19.2	8	30.7
50 - 59	26	8	30.7	10	38.4
60 - 69	4	2	50	1	25
70 - 79	—	—	—	—	—

CÂNCER DO PULMÃO

Ressecções

Diciembre 1, 1943 — Julio 31, 1948

Total de ressecções.....	23	(30.4%)
Viveram mais de 3 anos.....	7	
Com evidência de câncer.....	0	
Sem evidência de câncer.....	7	

CÂNCER DO PULMÃO

Cirurgia antiálgica

		MORTES
Craniectomias.....	1	—
Alcoolizações.....	4	—
Neurectomias intercostais.....	2	—
Radicotomias cérvico-dorsais...	3	—
Simpaticectomias dorsais.....	3	—
Frênico-interrupções.....	1	—
Lobotomias prefrontais.....	43	4 (9.3%)
	57	4 (7.0%)

ACHADOS HISTOPATOLÓGICOS DE CÂNCER ANTES DA INTERVENÇÃO

	TOTAL, DE TORACOTOMIAS 196		TORACOTOMIAS EXPLORADORAS 131		RESECCÕES 65	
	Nú- mero	Por cento	Nú- mero	Por cento	Nú- mero	Por cento
Total de positivos.....	63	42.4	41	31.2	22	33.8
Biopsia broncoscópica.....	39	19.8	28	21.3	11	16.9
Esputo ou/e secreção bronquial	24	12.2	14	10.6	10	15.3
Aspiração — biopsia.....	7	3.5	5	3.8	2	3.0

CÂNCER DO PULMÃO

TIPO DE OPERAÇÃO	TOTAL
Toracotomias exploradoras.....	131
Ressecções pulmonares.....	65
Operações antiálgicas..... (Lobotomias prefrontais: 43)	57
Total de operações.....	253

Conduta cirúrgica nos ferimentos do coração

DR. ALOYSIO MORAES REGO

Cirurgião da Assistência do Rio de Janeiro. Chefe de Cirurgia da Policlínica de Botafogo (Rio).

É objeto de nossa comunicação a apresentação de um caso curado de ferimento do coração, em que a cavidade ventricular esquerda se apresentava aberta amplamente, e onde a cardiografia demonstrou seus bons resultados terapêuticos.

Tivemos oportunidade de observar 3 casos em nosso Serviço de Cirurgia de Urgência do Hospital Miguel Couto (*Rio de Janeiro*), dentre cerca de 13.000 operações; destes casos, um de ferimento transfixante da musculatura cardíaca, sem abertura cavitária, curado, e 2 de lesões cavitárias, dos quais um faleceu no ato operatório (abertura da aurícula direita) e o atual, curado, de abertura ventricular esquerda. No Hospital Geral de Pronto Socorro (*Rio*) foram observados mais 10 ou 12 casos, com cerca de 50% de curas.

A conduta cirúrgica, no atual caso, consistiu na *cardiografia* em pontos separados de linho, tendo sido usada a via de acesso de quadrilátero da base interna, tipo FONTAN modificada, para ser aproveitada uma incisão cutânea existente, ocasionada pela faca agressora. Sobre os bordos da ferida cardíaca colocamos pinças de Allis (método Donaldson). Fechamos o pericárdio *sem drenagem* e não fechamos também a pleura, que havia sido aberta pelo traumatismo. A pleura também não foi drenada.

Como consequência do ato operatório, constatamos, alguns dias depois, o aparecimento de um derrame pericárdico, que espontaneamente se abriu para o exterior.

A razão de nossa comunicação é discutir dois pontos que julgamos de valor nestes ferimentos cardíacos — qual a conduta que se deva ter em relação ao *pericárdio* e à *pleura*, quanto à sua drenagem.

Variam as opiniões em face da orientação que o cirurgião deve seguir quanto à *drenagem* ou não da cavidade pericárdica.

Como toda serosa, o pericárdio é possível de irritação, pela agressão cirúrgica, e o líquido que se formará em seu interior, como

consequência desta agressão, poderá secundariamente comprimir o coração, como aconteceu no caso presente, fazendo com que se repetissem os sintomas de compressão cardíaca. Daí as diversas opiniões sobre a conduta técnica, quanto à drenagem. Muitos autores são favoráveis à drenagem do pericárdio, como *Black, Frazer, Mitchell, Sherard, Warner, etc.*, enquanto outros, como *King, Moorhead* e *Bigger*, desaconselham-na totalmente.

No Hospital de Pronto Socorro (do Rio), alguns casos foram drenados e outros não o foram, e os resultados foram mais ou menos idênticos; no entanto, *em todos os casos que se salvaram*, assim como no atual caso, em que *não drenámos, foi constatado o aparecimento de líquido pericárdico*, líquido este, que, na maioria das vezes, foi eliminado espontaneamente, como no nosso caso. (As radiografias 1 e 2 evidenciam bem a diminuição da área cardíaca, antes e depois da saída do líquido de efusão).

Os mais modernos autores, como *Sweet (1950)* e *Warren Cole (1951)* preconizam uma conduta que nos parece a mais racional — *que o pericárdio seja fechado frouxamente*, em pontos separados de sêda ou linho, deixando-se espaços entre os mesmos, de modo à permitir a saída de líquido, em caso de efusão post-operatória, e evitando, deste modo, um tamponamento cardíaco. *Warren Cole* vai, ainda, um pouco mais longe, e aconselha que se faça uma abertura na pleura mediastinal (quando ela não se acha aberta, como no nosso caso), para que os líquidos possam escapar para a cavidade pleural esquerda, onde mais tarde podem ser aspirados.

Deste modo é feita uma *drenagem indireta*, que acreditamos ser a melhor maneira de agir, pois vai evitar os perigos da colocação de um dreno junto ao coração, onde certamente produzirá uma pericardite construtiva ou então uma possível infecção secundária.

Quanto à *pleura*, as opiniões variam no que diz respeito à drenagem.

Coleman, Jones, Stewart, Moorhead, Bradburg, Piña e *Martarena* aconselham que ela seja feita sistematicamente. Já *King, Claude Beck* e *Warren Cole* acreditam ser desnecessária esta conduta, pois quando houver derrame pleural este pôde ser aspirado diversas vezes, sem perigo.

E' sobre estes pontos, ainda em dúvida, da conduta cirúrgica nos ferimentos do coração, que pedimos a opinião dos ilustres membros deste *Congresso de Cirurgia*, para que uma precisa norma de técnica oriente os que se veem em face de uma lesão traumática muito grave, relativamente rara, e cujos resultados dependerão da orientação que se faça no ato operatório, para evitar consequências das mais graves e irreparáveis.

Comentários em torno de um caso de tétano e difteria concomitante

Dr. OCTACILIO LOPES

São Paulo

O. F., ficha 14.190, branco, brasileiro, com 6 anos de idade, residente em Pindorama, São Paulo, veio à consulta em 4 de Maio de 1943.

Queixa-se, há cerca de três dias, de dores de garganta, inflamação da Bóca e na língua e de febre alta. Procurou, ontem, distinto médico que, suspeitando de difteria, aplicou 10.000 unidades de soro específico, recomendando-o, em seguida, ao nosso serviço.

O exame da cavidade bucal chamou, de logo, nossa atenção para as extensas lesões linguais acinzentadas com localização predominante no dorso e na ponta do órgão. Nas amígdalas e na úvula notamos a presença de placas esbranquiçadas que por si sós bastavam para justificar a suspeita do colega que adiantara o tratamento com o emprego da antitoxina diftérica. Notamos, também, que o doentinho abria a bóca com certa dificuldade, fato que atribuímos às dores provocadas em virtude da localização lingual das lesões referidas.

Colhemos material das amígdalas e das ulcerações da língua e mandamos ao laboratório. O resultado foi a esperada confirmação das suspeitas diagnósticas. Foram encontrados numerosos germes com todos os caracteres dos bacilos de Klebs-Loeffler.

Já neste mesmo dia, à tarde, quando fazíamos uma injeção de soro no doentinho, vimo-lo assumir uma atitude que despertou nossa suspeita de que, ao lado da difteria já comprovada, houvesse ainda algo de mais sério. Notamos que aumentara a dificuldade em abrir a bóca. Em certo momento, todo seu corpinho sobreu contrações mais ou menos bruscas, enquanto que a cabeça pendia para traz num esboço evidente de Kerning.

Passámos a examinar O. F. com mais cuidado e fomos encontrar no pé direito, ao nível dos artelhos uma pequena solução de continuidade cheia de terra e, na sua visinhança, uma saliência escura que identificámos como sendo *bicho de pé* (*sarcopsila penetrans*). Soubemos, então, que há alguns dias, de seis a oito, a mãe de O. F. havia retirado outro *bicho de pé* do sítio onde identificamos a solução de continuidade. A retirada fôra feita com agulha de costura, sem os cuidados de qualquer desinfecção.

Depois de prévia lavagem do pé sujíssimo, fizemos a retirada do hóspede, enchendo a cavidade com sulfanilamida (Anaseptil peritoneal). Procedemos, também, à séria desinfecção da solução de continuidade visinha e, no mesmo dia, injetámos 50.000 unidades de soro anti-tetânico pelas vias intramuscular e sub-cutânea.

No dia seguinte, 5, injetámos outras 20.000 unidades de soro antidiftérico ao lado de 30.000 de soro anti-tetânico.

No dia 6, as lesões diftéricas estavam extraordinariamente melhoradas, com quasi total desaparecimento das falsas membranas, fato que a custo podemos

verificar em virtude de se haver acentuado o trismo. Concomitantemente com o soro, empregámos, desde o primeiro momento, as injeções de ácido fénico a 2 %, pelo processo de Bacelli, bicarbonato de sódio em clisteres, poção com cloral brometado e injeções de cálcio e ácido nicotínico.

Nos dias 7, 8 e 9 o tratamento foi repetido sob o mesmo critério com a supressão, apenas, do soro anti-diftérico, sendo que no dia 9 usámos a via intravascular. Continuavam, desanimadoramente, as peoras. As contrações, o Kerning e o epistotono, acentuavam-se sensivelmente de dia para dia.

Foi quando resolvemos injetar soro na raque, apesar dos argumentos teoricamente convincentes que havíamos lido em vários autores contrários à tal prática. A gravidade do caso nos autorizava, porém, a recorrer o processo. E a injeção foi feita justamente quando era desesperador o estado do nosso doentinho. Em consequência do epistotono e das contrações exageradas e repetidas, foi difícil a operação. Retirados 10 cc de liquor, foram injetados outros tantos de soro (20.000 unidades).

No dia 10 pudemos verificar com júbilo e admiração que o estado do doentinho se modificara por completo. E, desde então, as melhoras se foram acentuando num crescendo inesperado e desconcertante, de sorte a podermos dividir a evolução do caso em duas fases inteiramente diferentes: a primeira, que foi até o momento da injeção de soro na raque e a segunda a partir deste mesmo momento.

Nos dias 10 e 11 fizemos apenas 10.000 unidades de soro por via parenteral, descendo a 5.000 nos dias 12 e 13, quando o doentinho já apresentava tais melhoras que nos julgámos autorizados a suspender a medicação. Entretanto para prevenir a possibilidade de surgir a conveniência da continuação do soro, fizemos outras duas injeções de 5.000 unidades em 18 e 23 do mesmo mês. Neste último dia, O. F. entrou na nossa sala de exames por seus próprios pés, andando e verdade que com passo titubeante, mas andando!

Podemos considerar, pois, a presente observação como interessantíssima e extremamente incomum. Há a notar a multiplicidade de localização da difteria, na garganta e em varios pontos da língua. Há, ainda, e sobretudo, a extranha e singular circunstância do acometimento concomitante do tétano. E por fim, há a notar o resultado extraordinariamente surpreendente da aplicação do soro na raque.

Outro ponto merece, de certo, destaque nas considerações em torno de caso tão incomum: a notável tolerância do paciente para com o soro. Não teve a menor manifestação anafilática nem o menor edema nos pontos onde recebeu as injeções. Apenas uma provocou dores locais muito violentas com fenomenos inflamatórios que incomodaram ao nosso paciente, realmente paciente pela docilidade admirável e incomum na sua idade.

O capítulo das associações microbianas é deveras interessantes apresentando fatos curiosos e variados, de modo a mostrar múltiplas facetas ao observador.

Assim é que duas infecções podem evoluir sem que uma interfira na evolução da outra, tal como observa-se nas moléstias eruptivas agudas.

Podem as duas infecções assumir um carater especial, assim como acontece com a difteria quando evolue ao lado da associação fuso-espirilar ou de estreptococos, quando, então, tem uma feição

de gravidade bem maior do que quando sua evolução se faz normalmente com a simples associação de germes saprofitas da cavidade buco faríngea.

Em outros casos, a segunda infecção representa uma complicação da primeira, ou, melhor, evolue graças ao terreno preparado pela outra. Podemos citar, por exemplo, a tuberculose evoluindo num organismo recém-saído de uma infecção tífica, ou, melhor ainda, as parotidites que evoluem no decorrer de uma convalescência e cuja responsabilidade cabe a germes banais que não poderiam desencadear o estado mórbido sem encontrar as defesas orgânicas abaladas, sensivelmente diminuídas.

Ha os casos em que a associação microbiana longe de trazer prejuízos, pode, ao contrario, ser benéfica. Como escreve Roger (1), la pathologie expérimentale nous apprend que, dans quelques cas, les associations microbiennes peuvent exercer une action favorable. Les faits de ce genre sont très rares en médecine humaine; on admet cependant que dans la pustule maligne, les pyogènes que se trouvent au contre de la lésion entravant le développement du bacille charbonneux".

"C'est surtout l'érysipelle qu'a pu exercer une action favorable; on a vu, sous son influence, rétrocéder et guérir le lupus, les plaies ulcéreuses, les tumeurs, surtout les sarcomes. Ces faits on conduit à appliquer au traitement de ces maladies l'inoculation du streptocoque ou l'injection de ses toxines".

No caso da contaminação do organismo simultaneamente pela difteria e pelo tétano, achamos que, embora evoluído as duas molestias inteiramente individualizadas, cada uma delas vae encontrar uma resistência menor do organismo, minado, combalido, pela outra. E, assim, é natural que se pense na gravidade maior e no prognóstico mais desfavorecido que cada uma delas representa, mercê da sobrecarga das defesas orgânicas ao enfrentar dois inimigos poderosos ao mesmo tempo.

Falcão de Miranda (2), afirma que a mortalidade pelo tétano nos doentes "tratados pelos processos habituais, ainda hoje é muito elevada, mesmo nas melhores estatísticas de 50 e 60%".

O mesmo autor transcreve no seu trabalho "as estatísticas do Departamento de Cirurgia da Escola de Medicina da Universidade de Louisiana e dos serviços de cirurgia do Charity Hospital in New Orleans: antes da era do soro (1840 a 1905), mortalidade global de 76,4% (Gessner); de 1906 a 1922, 67,5% (Gessner e Graffagnino); de 1922 a 1929, 52% (Graves); de 1930 a 1934 (185 casos de observação própria dos autores, nos referidos serviços públicos do Estado de Louisiana, a mortalidade subiu novamente para 59,5%; e reproduzem ainda a estatística de Miller e Rogers, de 33 casos do Massachussetts Hospital até 1933, com a mortalidade global de 45,5%, afirmando ser talvez este o mais favorável

dos recentes resultados! Um outro autor norte-americano, Frederic N. Taylor, apresenta os resultados referentes a todos os casos de tétano ativo admitidos de 1927 a 1933 no Indianapolis City Hospital, e no Indiana University Hospital, com a mortalidade global de 59,4%, num total de 37 casos, entre os cinco e os quinze anos; e transcreve a interessante estatística de Calvin e Goldberg destinada a evidenciar as relações da mortalidade com a incubação: 84% de mortalidade com incubação inferior a cinco dias; 83%, de cinco a dez dias; 37% de dez a quatorze dias e 25% de quatorze a vinte e um dias”.

Falcão de Miranda realça o contraste entre “a estatística felicíssima de Kreuter, de casos devidamente tratados pelo soro e a de Parmin (mortalidade média de 78,9% sendo de 94,7% nos casos com menos de dez dias de incubação e de 70,2% nos de mais de dez dias) e de Stricker (mortalidade global de 85% numa série de 28 casos), sendo estas confrangedoras estatísticas relativas a casos tratados sem que recorresse à soroterapia”.

Parece que o tétano no nosso país é mais benigno ou, em outras palavras, é menos grave. Sua frequência é dolorosa a julgar pela estimativa de Antonio Ferrari (3) que orça em 50% “a percentagem com que contribuem os neo-nati nas vítimas do tétano” que de acordo com os dados oficiais “fornecidos pelo Boletim Anual da Estatística Sanitária” poderiam ser estimadas em “mais de 100 óbitos de tétano por um milhão de habitantes”.

Branco Ribeiro (4), num apanhado relativo a 10 anos, verificou que em S. Paulo a mortalidade oscilou entre 45 e 50%.

O exelente trabalho de Falcão de Miranda, embora não sendo recente, está perfeitamente atual quanto à porcentagem que nos apresenta, de diversos autores, de referência à mortalidade pelo tétano.

Taylor e Novak (5) em artigo publicado em 1951, apresentam o cálculo dos casos fatais variando entre 40 e 80% “apezar da utilização da anti-toxina e de outros agentes modernos”.

Citaremos, ainda as cifras apresentadas por Veronesi e Alves Meira (6), de 40 a 50% de letalidade em casos tratados pelo soro, o que “se explica pelo alto neurotropismo da toxina tetânica”, aliado ao fato de que, uma vez fixado no sistema nervoso central, a toxina não é neutralizada pela anti-toxina específica, admitindo Firor, que haja transformação em uma substância letal hipotética, causadora da morte”.

Os mesmos autores citam as cifras de mortalidade pelo tétano no Hospital das Clínicas de S. Paulo, de Maio de 1944 a Outubro de 1947 que atingiu à 40% e também de outros autores como Moore e Singleton 50%; Huntington, 63%; Kirtley, 46%; Dietrich, 47%. Pfuhl e Tranchesi, 32,5%; Dejon e Roustaing 49%, e uma cifra exepcional de 7,5% em 40 casos pessoais. Citam a frase de

Spath: "o agente letal não é a toxina tetânica mas sim uma substância letal resultante de sua transformação no sistema nervoso central. Esta substância não é neutralizada pela antitoxina tetânica".

Quanto à mortalidade pela difteria, podemos afirmar que ela está em relação direta com o diagnóstico e o tratamento. Quanto mais precocemente se emprega o soro mais probabilidade existe para solução favorável do caso. Há, porém, que considerar os casos de maior gravidade, isto é, aqueles a que já nos referimos em que se verifica uma associação microbiana, assim como aqueles em que a moléstia evolue após uma doença eruptiva fato de observação mais ou menos freqüente.

O tratamento empregado para a difteria e para o tétano, apesar do efeito discutível dos antibióticos, continua tendo como principal agente a anti-toxina específica. Quanto ao tétano, ao lado do soro, aconselham-se outras armas terapêuticas comprovadamente eficientes como o são os métodos de Bacelli e de Ferrara.

Abel Beranger (6) relatou dois casos de cura, utilizando-se do método de Ferrai. Num deles, usou 21.000 unidades de soro, mas no outro seguiu à risca o chamado processo brasileiro, obtendo de igual forma, a cura do paciente.

De nossa parte, todas as vezes que lançamos mãos dos processos de Bacelli, sempre o fizemos associando-o ao soro, e podemos comprovar, ao contrário do que afirmam vários autores, a completa tolerância, por parte dos doentes, das injeções de ácido fênico a 2% por via sub-cutânea ou muscular.

Edgar Navarro (7) tem conseguido resultados surpreendentes com a terapêutica eclética: soro em altas doses pelas vias hipodérmica, intravenosa e raqueana, anestesia geral pelo balfórmio, bicarbonato de sódio por via intravenosa, grande lavagens intestinais, cloral, cardiotônicos, etc. Nosso ponto de vista é idêntico. Assim temos agido e com bastante satisfação e proveito.

Muitos autores acreditam que o eter e o cloróformio tenham o poder de libertar a toxina dos centros nervosos.

O emprego do cloral é explicado não simplesmente pelo seu efeito calmante, ante-espasmódico e sedativo mas pelo fato de em altas doses ele se desdobrar em cloróformio e formiato de sódio, em presença dos alcalis do sangue.

Libertadas, assim, as toxinas pelo cloróformio resultante do desdobramento do cloral, ou aplicado por inalação, serão elas mais facilmente neutralizadas pelo soro aplicado em dose conveniente, isto é, em dose grande embora não exagerada. E' de Garfield de Almeida, mestre no assunto, a frase "o soro só é bastante quando é demais".

Embora o eminente professor brasileiro esteja em boa companhia, não faltam autores que se contentam com doses médias. Klemperer, Buzello e Boyce estão entre estes. Estes autores acreditam que as elevadas porcentagens de cura não devem ser conta-

das a favor do soro administrado em altas doses, mas em virtude dos cuidados dispensados ao fôco.

E' evidente que não se deve cair no exagero pois há um limite de tolerância por parte do organismo que não pode ou não deve ser ultrapassado sem risco de produzir severos danos ao paciente. Neste particular são deveras valiosos os trabalhos efetuados em Portugal por Miranda Monteiro e Fragoso Tavares, citados por Falcão de Miranda no seu magnifico estudo tantas vezes aqui lembrado.

"Foi em criança que os Drs. Miranda Monteiro e Fragoso Tavares conseguiram determinar a dose máxima de soro que o organismo humano pode sem perigo suportar. Tendo injetado três crianças, uma com 19 cc de soro por quilo e as outras duas respectivamente com 22 e 23 cc, conseguiram a cura clínica completa do tétano nos três casos; as crianças injetadas com 22 e 23 cc de soro por quilo vieram, porem, a falecer mais tarde de caquexia sérica, provando que se tinha nelas ultrapassado a dose máxima injetável, por êles, assim, fixada em 19 cc por quilo; e, como na primeira criança tivesse contudo havido ainda manifestações mórbidas derivadas da injeção de grande dose de albuminas estranhas, embora essas manifestações tivessem cedido, marcaram aqueles clínicos desde essa data, como dose máxima inultrapassável a de 15 cc por quilo de peso do doente, quantidade essa, porém, somente atingida nos casos excepcionalmente graves prescrevendo, na maioria deles, em média, a administração de 12 cc por quilo e atendendo ainda a outras circunstâncias, como o estado geral, constituição, idade etc. Não se indo nunca depois dos 50 anos, além de 10 cc por quilo de peso do doente".

O caso que observamos e que inspirou este trabalho, é realmente excepcional por vários motivos, entre os quais, pela extranha associação mórbida que nos parece de frequência praticamente nula.

Depois, pelo êxito do tratamento empregado, coroado com a salvação do paciente.

Acreditamos ser muito importante e de toda a oportunidade a citação de Carrière (8): "il est permis d'affirmer que la diphtérie aggrave les meladies au cours desquelles apparait et que ces maladies assombrissent son pronostic". Eis mais uma razão para considerarmos espetacular o êxito obtido com o tratamento empregado. Quando verificamos que a difteria clinicamente diagnosticada e logo após com este diagnóstico comprovado pelo laboratório, estava agravada pela concumitância da infecção tetânica, fizemos o nosso prognóstico extremamente sombrio e o transmitimos à família do doentinho, evidentemente que com as devidas reservas, preparando-lhe, porém, o espirito para o desenlace que nos parecia depender de mais dias, menos dias. Não cruzámos, porem, os braços e lançámos mãos de todos os recursos e processos terapêuticos utilizáveis, até que nos surpreenderam as melhores, a prin-

DIOLASA

NAS ENFERMIDADES DO APARELHO
RESPIRATÓRIO



LABORATORIOS ANDRÓMACO

DIOLASA

XAROPE, — GOTAS, — DRÁGEAS E INFANTIL

NAS ENFERMIDADES DO APARELHO RESPIRATÓRIO

DIOLASA, por seus princípios ativos desinflamatórios, antissépticos, expectorantes e sedativos da árvore traqueo-bronquial, é um eficaz modificador das secreções bronquiais.

EXPECTORANTE E SEDATIVO DA TOSSE

XAROPE

Para usar em casa e nos hospitais

Sulfoguaiacolato de potássio — Vitaminas A e D
Cloridrato de etilmorfina — Alcatrão, pinho e tolú
Tinturas de lobélia, acônito e beladona.

GOTAS

Quando se desejam doses intermediárias exatas

Cloridrato de etilmorfina — Guaiacol cristalizado
Tinturas de lobélia, acônito, drosera, beladona e
grindélia.

DRÁGEAS

De especial utilidade para os pacientes ambulatorios

Sulfoguaiacolato de potássio — Vitaminas A e D
Cloridrato de etilmorfina — Terpina — Benzoato
de sódio — Tinturas de acônito e beladona.

INFANTIL

De uso pediátrico fácil e seguro

Sulfoguaiacolato de potássio — Vitaminas A e D
Tinturas de lobélia e beladona — Benzoato de sódio
Cloridrato de etilmorfina — Pinho e tolú.

**TOTALMENTE INÓCUO PARA
O APARELHO DIGESTIVO E A FUNÇÃO CARDIACA**



LABORATORIOS ANDRÔMACO

Rua Independência, 706 — São Paulo

cípio lentas e, depois, rápidas, do nosso doentinho, melhoras que se acentuaram até o seu completo restabelecimento.

Não sabemos dizer que terapêutica foi a mais eficiente. Nossa impressão, porém, a respeito do sôro por via raquena no tétano é a melhor possível. Outros casos que acompanhamos, vieram ainda concorrer para assim pensarmos. Por isto, a um colega que manifestou igual entusiasmo, pedimos que reunisse a observação de um seu caso que também tivemos ocasião de acompanhar. Eis aqui o seu bom relato:

"A pedido do distinto colega Dr. Octacílio Lopes, redigi o seguinte relato de um caso de tétano que tive oportunidade de assistir e que só se resolveu, ao que parece, com injeção endorraqueana de sôro específico:

Miada Kazuo, 4 anos, brasileiro, filho de japoneses, residente em Pindorama, Estado de São Paulo. Internei-o na Clínica Santa Luzia, com diagnóstico de tétano agudo datando de três dias. A pesquisa da porta de entrada revelou apenas a presença, na face anterior do punho direito, de uma exulceração circular de 0,5 cm. de diâmetro, recoberta por crosta melicérica.

Tratamento de 24 a 30-5-943: antissepsia cuidadosa, diariamente, da possível porta de entrada. Clisteres de cloral, Bacelli, Ferrari. 50.000 U. A. diárias de sôro I. B. M. por via intramuscular.

Em 30-5-4 a situação do doente tornou-se muito séria. Os paroxismos contraturais, que vinham se tornando dia a dia mais intensos e freqüentes, acompanhavam-se naquele dia, de crises asfíxicas subintranscentes que punham em grande risco a vida do paciente. Foi então que já sem esperanças, confesso, injetei 20.000 U. A. de sôro (em 10 cc.) na raque lombar.

Em 31-5-43, o mesmo quadro.

Em 1.º-6-43, porém, à visita que fiz ao doente dilatou-se-me o coração de contentamento: encontrei o menino tomando uma sôpinha com suas próprias mãos!

Em 2-6-43 dei alta da Clínica e tornei a rever o doente em 20-6-43, completamente curado.

Tudo leva a crer que o surpreendente resultado foi devido à injeção endorraqueana de sôro."

Como vemos, também neste caso descrito tão sumariamente mas com cores tão vivas pelo nosso eminente e brilhante colega de Catanduva, Dr. Cervantes Angulo, o sôro na raque parece ter resolvido a situação angustiosa do paciente.

Fugimos à discussão do mérito desta via que tem os seus defensores e seus acusadores, mas registramos nossa impressão.

As primeiras vezes que a ela recorremos, devemos confessar, fizemo-lo tão somente diante de casos desesperadores em que tudo parecia estar perdido. Entretanto como aconteceu com o Dr. Cervantes Angulo, nunca nos arrependemos de experimentá-la. Conhecíamos a opinião de vários autores que acreditam que o sôro injetado na raque é inútil pois só vai atingir os centros nervosos por via sanguínea. Podemos citar, entre outros, Orlando Galvão (9). Aliás nesta questão do emprego da antitoxina específica no tétano existem as mais diversas opiniões, não apenas quanto ao seu efeito curativo como de referência à sua dosagem.

Já citámos a opinião de Garfield de Almeida de que "o sôro só é bastante quando é de mais", paralela aliás com a de Jafer (10) que manda fazer 50.000 unidades por dia Veronesi e Alves Meira (11) citam a opinião de Beck, Cole e Spooner, Dear e Spaeth de que se deve fazer uma dose máxima de 100.000 U. A. em uma só injeção intravenosa. Os autores empregam 200.000 em média. Veronesi, Alves Meira, Guidolin, Bloise (12), citam a opinião de Vinnard que acha suficiente a dose de 80.000 U. A., acrescentando que quando se emprega mais, a mortalidade cresce. Pratti citado pelos mesmos autores, vai mais longe e diz que 30.000 unidades são tão eficazes quanto 80.000!

O emprego de uma nova droga, o Tolserol de ação musculofixadora que não deprime os centros nervosos como a outros sedativos empregados, em 40 casos lhe deu um índice de letalidade de 7,5% o que é de fato notável. Esta droga é de acordo com os autores citados tão útil quanto o curare, porém muito mais fácil de ser empregada não exigindo os mesmos cuidados e o mesmo rigor de observação, e controle.

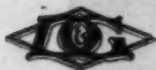
Na acurada busca bibliográfica que nos foi possível, realizar, não encontramos outro caso como este em que estivessem presentes, concomitantemente, o tétano e a difteria. Para maior certeza da raridade da nossa observação, andamos conversando com vários colegas Chefes de Posto de Higiene no interior do Estado, pois dado o fato de serem ambas as moléstias de notificação compulsória, bem podia acontecer que pelas mãos de algum tivesse passado caso semelhante. Tal não aconteceu, porém. Também perguntámos pessoalmente ao Dr. Luiz Sales Junior, do Instituto Adolfo Lutz e ao Professor Pereira Barreto sobre se já tiveram notícias de algum caso semelhante, obtendo de ambos resposta negativa. As informações destes dois cientistas, o primeiro com a observação de um laboratório movimentadíssimo como é o do Instituto Adolfo Lutz e o segundo com a maior experiência nacional em moléstias infecciosas, pois além de Professor de Patologia Tropical é diretor do Hospital de Isolamento Emilio Ribas, aumentam a nossa convicção de que a observação que ora relatamos é de fato, de notável raridade.

BIBLIOGRAFIA

- 1) — ROGER, G. H. — *Introduction a l'étude de la médecine* — Madson & Cie. Paris, 1926.
- 2) — FALCÃO DE MIRANDA, João Carlos — *Tétano* In "Arquivos da Beneficência Portuguesa de Campinas", N.º 1, V. 1, 1936.
- 3) — FERRARI, Antonio — *A mortalidade pelo tétano* — In "Brasil Médico", 1940 — Agosto, pp. 540/41.
- 4) — BRANCO RIBEIRO, Eurico — Apud Falcão de Miranda, *op. cit.*



D&G DERMALON e SURGILON



Fabricadas de Nylon estas Suturas D & G possuem a maciez, elasticidade e impermeabilidade que são as características da substância básica.

Dermalon Suturas, produto de anos de intensivas pesquisas e observações clínicas, absoluta impermeabilidade, necessário grau de elasticidade e maciez de superfície. melhoram este fio, caracterizando-se pela *Surgilon* Suturas são tecidas de fio Nylon e processadas especialmente para eliminar nós frouxos e assegurar o não desfiamiento, sua firmeza e compatibilidade. Ambas são obtidas através de fornecedores responsáveis, em toda a parte. Davis & Geck, Inc., Brooklin, N. Y.

Agente geral para o Brasil:

IMPORTADORA CHIÓRBOLI CIRÚRGICA LTDA.

Rua Senador Paulo Egídio, 34 - 3.º andar s/ 36 e 37 - Tel.: 32-3238

Depósitos nas capitais de todos os Estados.

Tratamento das fraturas da diáfise do femur pelo metodo de Kuntscher

Nova Técnica Para Facilitar a Sua Execução A Ceu Fechado

Dr. JOSÉ GOMES DA FROTA, F. I. G. S.

Em março de 1940, Kuntscher apresentou no Deutscher Kongress für Chirurgie, o seu primeiro trabalho sobre o tratamento das fraturas da diáfise do femur por meio de uma haste metálica introduzida no canal medular, haste esta que recebeu impropriamente o nome de "cravo".

O novo método fôra inspirado na técnica de Smith-Petersen Sven Johansson para as fraturas do colo do femur, daí talvez proveio o nome de "cravo" dado a haste de Kuntscher.

Contra esta nova maneira de tratar as fraturas foram levantados vários inconvenientes de ordem teórica, tais como embolias gordurosas, anemia e outros que a experiência mostrou não terem consistência.

Entre as diversas vantagens do método, sobressaem o levantar precoce e a rápida recuperação funcional.

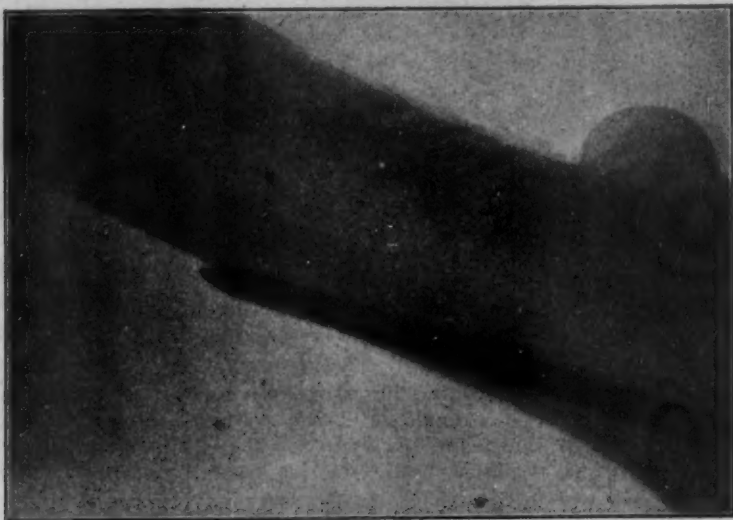
O metodo se difundiu na Alemanha e principalmente na Austria, onde Bohler o empregou largamente no Hospital de Acidentados de Viena durante a guerra.

Devido à guerra o novo método só se divulgou no ocidente depois de 1946.

Nos Estados Unidos, a Comissão nomeada em Outubro de 1947 apresentou a The American Academy of Orthopaedic Surgeons, New York City, em 13 de fevereiro de 1950, o seu parecer em que diz: "Given the proper indications, intramedullary fixation is the most effective form of therapy for many fractures of the femur".

Como acontece com todos os métodos novos, o de Kuntscher, proposto pelo autor apenas para as fraturas da diáfise do femur, foi entendido a todas as dos ossos longos.

O professor Bohler porem com a sua experiência de oito anos e de cerca de 700 casos, e em artigo publicado no The Journal of Bone and Joint Surgery conclue: "Até o presente, o cravo medular pelo metodo de Kuntscher é o melhor tratamento para



as fraturas transversas fechadas, para as fraturas expostas, para a maior parte das osteotomias e pseudo-artroses da diáfise do fêmur, si equipamento conveniente é utilizável.

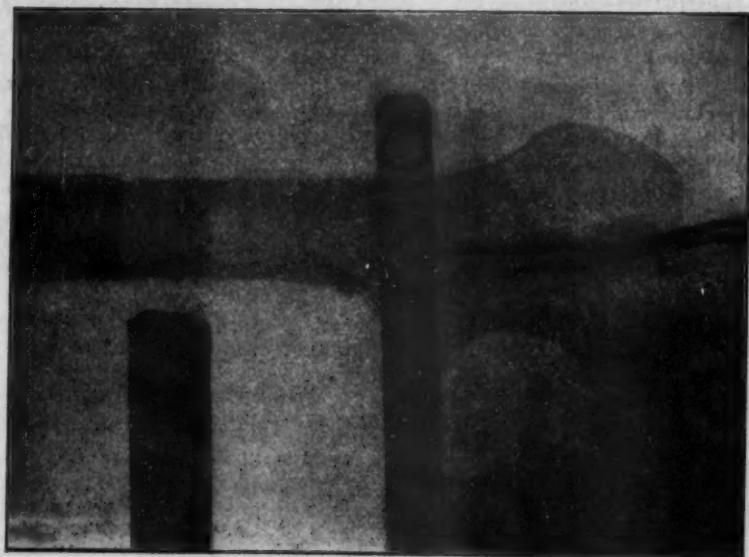
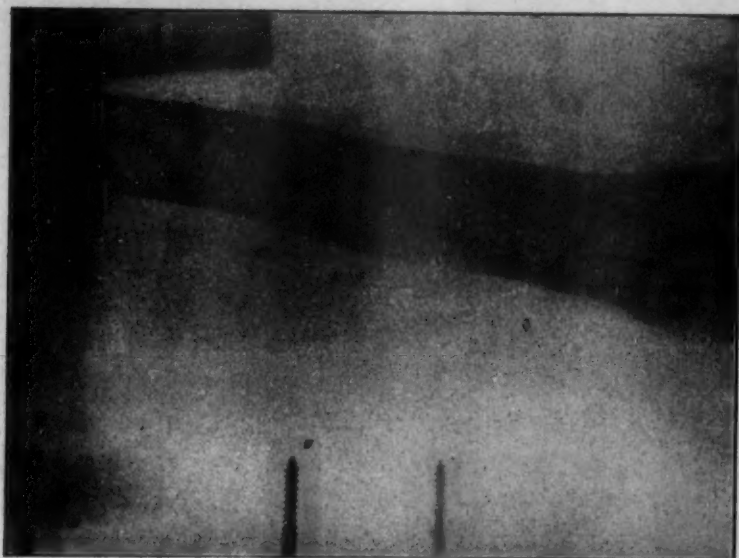
A união dos fragmentos é tão firme que o paciente pode andar sem fixação adicional após a cicatrização da ferida operatória em duas ou tres semanas. Assim as atrofias musculares e a rigidez podem ser quasi inteiramente prevenidas... O autor (Bohler) usa também o cravo medular nas fraturas transversas fechadas do terço médio da diáfise do humero. Não emprega mais este método nas fraturas da tíbia e do antebraço, porque nelas os métodos conservadores provaram ser melhores. (Abril, 1949).

Incentivado por estas boas referências tentei conseguir executar o método com êxito e a céu fechado, em Maio do ano passado usando a técnica descrita por R. Soeur, de Bruxelas. Noutro caso por mim operado, usando a mesma técnica, tive dificuldade de acertar com o canal medular e o cravo fez falso caminho como podem ver nesta radiografia (n.º 2).

A técnica que li no livro de R. Soeur — *L'ostéosynthèse au Clou* é a seguinte:

"Uma incisão longitudinal começando no grande trocanter é dirigida para cima. Os músculos glúteos são disassociados assim como o tecido célula-gorduroso subjacente, de modo a pôr em evidência o bordo superior do grande trocanter.

O ponto de introdução não está situado no vértice desta apófise, mas antes no lugar onde ela se deprime para unir-se ao colo





femural, isto é, no prolongamento ideal da cavidade medular. *Aí com um golpe de goiva, ou por meio de uma sovela, a cortical é perfurada.*

O guia é passado pelo orifício e introduzido no fragmento proximal.

Pela radiografia si a redução é a ceu fechado, e pela vista si ela é cruenta, faz-se a verificação da presença do guia, na cavidade. Depois o cravo é introduzido a golpes de martelo ao longo do guia e este, após novas chapas, é retirado”.

Devido ao insucesso acima referido, idealizei a variante de técnica que agora vos apresento: Ela consiste em introduzir um fio de Kirschner de 2cm de diâmetro um pouco para dentro do bordo superior do grande trocanter, no prolongamento ideal do canal medular e na direção deste. Feita a introdução faz-se o controle radiográfico em duas incidências, frente e perfil. Estando o fio orientador em boa posição, com uma broca de diâmetro equivalente ao cravo a ser usado, e perfurada em seu eixo, orifício este destinado a receber o fio orientador, abre-se um tunel até atingir o canal medular.

Feito isto, introduz-se o guia e faz-se novo controle radiográfico para ver se ele penetrou no fragmento distal e ver também si a redução obtida antes de se iniciar a intervenção cruenta ainda persiste.



Si ela foi modificada, retifica-se com relativa facilidade graças a um aparelho inspirado no de Wittmosen usado na redução. Estando o guia dentro do canal medular do fragmento distal, introduz-se o cravo e está praticamente terminada a intervenção.

BIBLIOGRAFIA

- BOEHLER, L. — *Técnica del tratamiento de las fraturas*, 3.^a edición 1942.
- BOHLER, LORENZ and JOERG — *Kuntscher's Medullary Nailing*, "The Journal of Bone and Joint Surgery", volume 31-A N.º 2, April 1949.
- SOEUR, R. — *L'Osteosynthese au Clou*, "Acta Medica Belgica", Bruxelles 1946. — *Intramedullary Pinning of Diaphyseal Fractures*, The "Journal of Bone and Joint Surgery", volume 28, N.º 2, April 1946.
- SMITH, Hugh — *Intramedullary Fixation*. (Report, of the Committee on Fractures and Traumatic Surgery of The American Academy of Orthopaedic Surgeons). The "Journal of Bone and Joint Surgery", volume 32-A n.º 2, April 1950.

Evite a febre tífica fervendo a água de beber, e a que se destina à lavagem de frutas, legumes e vasilhas em que se preparam alimentos. — SNES.

TETRACETINA

Sulfamidas + Cloranfenicol

Composição: Cada drágea de 0,40 g contém:

Sulfadiazina	0,075 g
Sulfamerazina	0,075 g
Sulfatiazol (derivado ametilado)	0,075 g
Sulfametazina	0,075 g
Cloranfenicol levógiro (Farmicetina)	0,10 g

Propriedades:

- Vasto campo de aplicação porquê inclui tôdas as infecções mixtas e muitas cujo agente etiológico no momento não se possa determinar;
- Ausência de toxicidade.
- Ausência de sulfamido-resistência.

Indicações: Infecções por germes gram-positivos e gram-negativos, rickettsias e alguns virus.

Posologia:

Adultos: 6 a 8 drágeas por dia como dose de ataque;
4 a 5 drágeas por dia como dose de manutenção;

Crianças: Doses reduzidas conforme a idade.
Salvo critério médico.

Acondicionamento: Vidros com 12 drágeas.

Um produto

FARMITALIA

(S/A. Farmaceutici Italia. Milão)

fabricado pela

"PROQUIFAR S/A.", RIO

e de distribuição exclusiva do

LABORATÓRIO FARMACÊUTICO INTERNACIONAL S/A.

Rua Jaguaribe, 118 — Telefone: 51-2779 — São Paulo

Exploração funcional do aparelho respiratório. Sua aplicação em cirurgia torácica

Drs. JORGE A. TAIANA,
VICTORIO ARACAMA ZORRAQUÍN,
J. RAUL GOMEZ GARCIA,

Do Instituto de Cirurgia Torácica de Buenos Aires,

com a colaboração do Dr. DECIO H. ZAGO, de Porto Alegre.

O exame funcional do aparelho respiratório explora dois grandes aspectos fisiológicos: A ventilação ou seja a capacidade de mobilizar a massa de ar e pô-la em contato com a superfície respiratória e a hematose, isto é, o intercambio gasoso através desta superfície, exame feito, baseado em análises de amostras sanguíneas obtidas por punção arterial em condições básicas e de trabalho em ambientes de ar e oxigenio puro.

O volume respiratório minuto é a quantidade de ar inspirada e expirada na unidade de tempo e em condições básicas; entretanto o volume respiratório máximo é o que se obtém mandando o paciente respirar o mais profunda e rapidamente possível durante um minuto.

Para o homem o volume respiratório maximo normal oscila entre 100 e 150 litros e o volume respiratório minuto entre 8 e 10 litros.

COURNAND achou uma relação que denominou reservas ventilatórias, estabelecendo a diferença entre o volume respiratório máximo e o volume respiratório minuto, diferença que se divide pelo volume respiratório máximo e se multiplica por 100, por exemplo: Para um volume respiratório máximo de 100 litros e um volume respiratório minuto de 8 litros a reserva ventilatória seria de 92% e, segundo Cournand, sabemos que de 90 à 100% se trataria de reservas ventilatórias normais, enquanto que abaixo de 70 seriam más e entre 90 e 70 existiria uma gama de muito boa, regular e discreta, sendo estas últimas cifras, que não sendo extremas, são menos importantes.

O estudo espirométrico se baseia sobre a seguinte aquisição: O homem em condições básicas tem um consumo de oxigênio por minuto igual à 100% aproximadamente.

Em condições normais a curva de dissociação da oxiemoglobina frente ao oxigênio alveolar, cuja pressão parcial alcança a pressão de 100 mm de Hg, não admite mais oxigênio que 95 a 98% dando-nos um sangue saturado e normalizado. Nestas condições as trocas de ar pelo oxigênio puro não modificam a absorção de oxigênio, isto é, o sangue que está em contacto com a superfície respiratória permanece indiferente às modificações do teor em oxigênio da mistura que o indivíduo respira.

Em condições patológicas quando existe alteração da dinâmica respiratória a tensão de oxigênio no ar alveolar será inferior a 100 mm. Nestas condições, se o paciente passa de uma atmosfera de ar à uma de oxigênio puro, o sangue que circulava insuficientemente oxigenado pode captar o oxigênio e chegar a saturar-se minutos depois, e a partir deste momento cessa o consumo de oxigênio. Ai está a diferença fundamental entre um indivíduo normal e um indivíduo com um processo patológico. O primeiro não modificará o consumo de oxigênio embora se lhe ofereça mais oxigênio, ao contrário de um indivíduo enfermo, numa atmosfera de oxigênio puro consome até saturar o seu sangue.

Vejamos o que sucede em um indivíduo portador de uma afecção pulmonar que perturbe a função respiratória, podendo compensar esta situação aumentando a quantidade e amplitude dos movimentos respiratórios. Colocando-se este enfermo francamente dispnéico em uma atmosfera de oxigênio puro, ele se aliviará desaparecendo a dispnéa, a ventilação diminuirá, mas o consumo de oxigênio pelo sangue permanecerá inalterável. Estamos em presença de uma insuficiência respiratória que foi compensada pondo em jogo os mecanismos que aumentam a ventilação, e somente desaparecendo essa dispnéa quando a massa gasosa que se oferece tenha 100% de oxigênio em lugar de 20 a 21% como ocorre no ar comum.

Entretanto, quando a ventilação respiratória é descompensada, não bastando o aumento de ventilação, o paciente ao passar da mistura de ar ao oxigênio puro se acalma, mas aumenta o consumo de oxigênio por parte do sangue que circula pela superfície alveolar.

Passemos a observar o que sucedeu em alguns exemplos práticos de nosso serviço (Quadro n.º 2).

Analizemos o primeiro caso: Trata-se de um enfermo com uma tuberculose pulmonar com predominância à esquerda, ulcerada e com algumas lesões micronodulares do pulmão contralateral. A este paciente lhe foi indicada uma toracoplastia, considerando indispensável o colapso afim de prevenir disseminações cruzadas. A clínica e o laboratório não contra-indicavam a interven-

ção. O exame funcional respiratório (Quadro 2, caso 1) revela a existência de uma apnéa inspiratória de 45"; com uma capacidade vital de 2.490 cc. Referindo-nos à capacidade vital diremos que se deve considerar como vinculada à elasticidade e mobilidade da parede torácica, e por esse motivo passível de ser melhorada no pré-operatório mediante exercícios respiratórios adequados. No mesmo enfermo são distintos o consumo de oxigenio e o oxigenio em ar em relação ao consumo de oxigenio em oxigenio e trabalho e o consumo de oxigenio em ar e trabalho. Nestas condições, quando se introduz o fator trabalho, o paciente entra numa manifestação descompensação, além disto o volume respiratório máximo é baixo condicionando aproximadamente 60% de reserva ventilatória, que segundo Cournand, são praticamente nulas. Em resumo nos encontramos com um enfermo de reservas ventilatórias nulas e insuficiência respiratória descompensada no exercício; razões pelas quais a intervenção cirúrgica foi rechaçada.

Passemos a um segundo exemplo, em dois pacientes (Quadro 2, casos 2 e 3, registro geral 7.453 e 9.364) com lesões cavitárias múltiples do vértice do pulmão direito em um caso e com pulmão aparentemente são no outro caso, onde observamos cifras pré-e-post-operatórios praticamente iguais, com uma ligeira insuficiência no exercício mas perfeitamente compensada. Nestes casos, em número de dois, a função respiratória praticamente não se alterou.

Consideremos um último exemplo em toracoplastia: Trata-se de um paciente com uma volumosa cavidade de vértice do pulmão esquerdo ao qual se submeteu a 4 tempos de toracoplastia, com maior ressecção costal que os exemplos anteriores e onde a reserva ventilada de 86,5% baixou à 75, aproximando-se aos limites onde a função respiratória começa a ser má. Deduzimos neste caso que a amplitude da toracoplastia foi a responsável de uma importante queda da função respiratória.

Passaremos a considerar a exploração funcional na pneumonectomia (Quadro 3). Tratava-se de um enfermo portador de um cancer do pulmão direito, com 50 anos de idade e com um moderado enfisema pulmonar ao qual no pré-operatório praticou-se um pneumotórax diagnóstico. Neste paciente o estudo funcional pré-operatório revelou 40" de apnéa inspiratória com uma capacidade vital de 2.653 cc, com um consumo de oxigenio em oxigenio e em ar com diferença de 40 cc (praticamente normal), tendo um volume respiratório minuto em oxigenio e em trabalho de 19 litros e por último, com reservas ventilatórias de 81%. Vemos que o quadro é bastante aceitável, mas quando se introduz no exame o fator exercício em atmosfera de oxigenio aparece uma intensa dispnéa com manifesta cianóse, e o mesmo exercício praticado em ar tem que ser interrompido por não o tolerar o paciente. Existe portanto uma manifesta descompensação em exercício, tão importante que o especialista (Dr. Filler) aconselhou não efetuar a

exerêse do pulmão enfermo. Apesar disto se efetuou a pneumonectomia e o paciente faleceu aos 15 dias de operado em plena insuficiência respiratória.

No segundo exemplo (Quadro 3, caso 2, registro geral 7.466) se tratava de um enfermo jovem de 28 anos, com uma supuração crônica do pulmão que comprometia o lóbulo inferior e médio direito, no qual se realizou uma pneumonectomia. No pré-operatório apresentava uma reserva ventilatória de 83% com uma excelente capacidade vital. Logo após a intervenção a pnéa inspiratória, de 60" baixou para 30", a capacidade vital de 4.000 cc para 1.765 cc, entretanto, o consumo de oxigenio e em ar é igual ao do pré-operatório. Isto se explica porque o pulmão enfermo representava na realidade um verdadeiro "shunt" arteriovenoso onde se efetuava a hematose, e o lóbulo aparentemente são somente contribuía à ventilação, que se suprimiu ao efetuar-se a exerêse, praticamente não se alterando a reserva ventilatória que permaneceu em 82%. A pneumonectomia em muitos casos é seguida destes resultados inesperados, precisamente naqueles em que o pulmão enfermo estava praticamente segregado da função respiratória.

Analisemos outro exemplo (Quadro 3, caso 3, registro geral 8.821), paciente de 58 anos de idade, portador de um tumor do hilio do pulmão esquerdo, submetido a uma pneumonectomia que se complicou com um empiema, que por sua vez, foi tratado com toracoplastia, tendo tido alta, curado. Quando o operado era portador de empiema, os 40" de apnéa respiratória caíram à 25" e as demais cifras inclusive as reservas ventilatórias que eram de 81% se comprometeram seriamente. Isto quer dizer que o compromisso do estado geral, a dor torácica e sobretudo a fístula bronquial contribuíram à diminuir a função respiratória. Depois de tratado o empiema por meio da toracoplastia, a apnéa inspiratória subiu à 30"; a capacidade vital e o consumo de oxigenio em ar e em oxigenio permaneceram invariáveis mas as reservas ventilatórias aumentaram não só porque a fístula se obliterou com também transcorreu o tempo necessário para que melhorasse o estado geral, a dor desaparecesse e se adaptasse o pulmão remanecente. Com efeito, de 81% de reservas ventilatórias pré-operatório, encontramos agora 78% e uma insuficiência respiratória acentuada no exercício mas satisfatória em repouso.

Passemos a considerar uma enferma de 40 anos (Quadro 3, caso 4, registro geral 1.101), portadora de uma dicinésia de todo o pulmão esquerdo com uma grande retração hemitorácica seguida de um grande desvio do mediastino, estando o pulmão esquerdo reduzido à um terço de seu volume e infectado na metade do hemitorax esquerdo e sua metade anterior ocupada por um enorme pneumonocèle à expensas do pulmão direito. A broncografia e as tomografias são ilustrativas a respeito. A paciente é submetida à uma pneumonectomia esquerda, tendo pré-operatóriamente mos-

trado a exploração funcional uma insuficiência respiratória compensada, com reservas ventilatórias de 77%. Depois da operação a apnéa inspiratória não se modificou, houve pouca modificação da capacidade vital sendo satisfatório o consumo de oxigenio em condições básicas e de trabalho, enquanto que as reservas ventilatórias chegam à 70%. Isto quer dizer que a função se conservou, especialmente a hematose que não só se conservou mas melhorou, pois se suprimiu um território que era praticamente inutil à hematose pulmonar o que representava um verdadeiro "shunt" arteriovenoso.

Consideremos a exploração funcional em lobectomias levadas à efeito por diferentes motivos. Encontramos um enfermo (Quadro 4, caso 1, registro geral 9.300) com um cancer no lóbulo inferior do pulmão esquerdo e um evidente enfisema pulmonar direito. Esse grave enfisema nos levou à praticar uma toractomia exploradora com a intenção de levar à efeito uma operação econômica. Limitamo-nos à uma lobectomia inferior esquerda que foi seguida de uma tolerância perfeita sob o ponto de vista funcional e até agora sem metástase nem recidiva evidente. Pré-operatória havia uma boa apnéa inspiratória, uma grande capacidade vital de 3.525 cc, capacidade vital índice de seu enfisema, quer dizer, expressão de uma ventilação aumentada que não era util à função da hematose. As reservas ventilatórias eram de 74% com uma insuficiência respiratória compensada em exercício. A lobectomia se impôs depois da valorização clínica e funcional que nos permitiu o êxito.

Vejamos a evolução funcional post-operatória de outra enferma (Quadro 4, caso 2, registro geral 2.747) com um volumoso quisto hidático do lóbulo inferior esquerdo à qual praticamos uma lobectomia inferior. As radiografias posteriores mostram uma boa readaptação e recuperação radiológicas. O exame funcional pré-operatório contra-indicava a exêrese tendo no post-operatório imediato mostrado uma redução da apnéa e da capacidade vital, entretanto, a hematose não só se conservou como melhorou com o tempo. Determinações mediatas informam um aumento da apnéa inspiratória e da capacidade vital, cifras normais de consumo de oxigenio em repouso e de oxigenio em trabalho e reservas ventilatórias de 84%, demonstrando que a lobectomia neste caso não perturbou a função respiratória, ao contrário, contribuiu para sua melhoria como mostraram as determinações à distância.

Examinaremos um caso de bronquiectasias do lóbulo inferior esquerdo num jovem de 22 anos (Quadro 4, caso 3, registro geral 7.581) ao qual se praticou uma lobectomia inferior com boa recuperação clínico-radiológica post-operatória. Funcionalmente experimentou melhorias, pois de 83% de reservas ventilatórias passou à 86%, cifras que dependem em realidade de uma série de fatores entre os quais ocupa um papel importante e treinamento que

indiscutivelmente é um indício favorável. A lobectomia não diminuiu a capacidade funcional do paciente, não perturbou a ventilação nem a hematose e, por paradoxico que pareça, a reserva ventilatória aumentou.

Vejamos a exploração funcional em casos de enfisema gigante bilateral. Neste enfermo (Quadro 5, caso 1, registro geral 1.087) se praticou também uma broncografia que demonstrou a árvore bronquial fechada em forma de "guarda-chuva". A exploração funcional pré-operatória revelou ter 70% de reservas ventilatórias com uma apnéa inspiratória reduzida e uma capacidade vital também diminuída. Existia evidente rigidez do torax com reservas ventilatórias inferiores ao aceitável. No post-operatório melhorou a apnéa inspiratória também melhorando ligeiramente a capacidade vital, mas as reservas ventilatórias aproximaram-se ao que se denominou, reservas nulas.

Nestas condições observamos que a diferença do consumo de oxigenio em condições básicas é inferior à 40, de maneira que a função da hematose está conservada, mas evidentemente, o que se perturbou foi a ventilação que não melhorou em absoluto.

Concluindo, mostraremos um exemplo (Quadro 5, caso 2, registro geral 4.127). Tratava-se de um enfermo portador de um grande enfisema ampolhoso bilateral, de predomínio à esquerda que ocupa quasi totalmente o hemitorax deste lado e mais da metade do direito. Nestas condições a exploração funcional mostrou uma capacidade vital de 2.760 cc, capacidade enganadora, pois em realidade é o expoente de um grave enfisema. Entretanto as reservas ventilatórias eram de 60%, cifras que contra-indicavam toda a intervenção cirúrgica.

Com isto acreditamos ter expressado em uma maneira sumária mas em forma prática, a importância da exploração funcional do aparelho respiratório para orientar a conduta cirúrgica nos processos de exêrese, processos capazes de reduzir em forma alarmante a função respiratória ou ao contrário, de melhorá-la.

Sanatório São Lucas

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitinguí, 114 — Tels. 33-4198 e 38-4199 — S. Paulo



Especialmente indicado nas crianças

•
Piribenzamina Elixir

Antialérgico de máxima eficiência e
boa tolerância

A "Piribenzamina" caracteriza-se por sua notável capacidade de inibir os efeitos da histamina. Da enérgica ação anti-histamínica decorrem suas grandes possibilidades de aplicação clínica, que abrangem o vasto campo das afecções alérgicas e reações anafiláticas. Em pediatria, o elixir de "Piribenzamina" é particularmente indicado, por sua fácil administração.



PRODUTOS QUÍMICOS CIBA S. A.

A “Piribenzamina” em geral é muito bem tolerada, mesmo administrada em altas doses. Os efeitos secundários, aliás raros, são desprovidos de importância e, na maioria das vezes, desaparecem com poucos dias de tratamento ou, eventualmente, mediante redução da dose.

POSOLOGIA

Adultos: 1 comprimido ou 10 cm³ de Elixir (cêrca de 2 colheres das de chá), quatro vêzes por dia.

Crianças: Um têrço à metade da dose indicada para os adultos.

Os lactentes toleram doses de 10 a 20 mg. Às criancinhas geralmente se prefere administrar o Elixir.

Aplicação de pomada: A aplicação de pomada só ou acompanhada com a administração oral, costuma proporcionar bons resultados nas afecções localizadas.

Piribenzamina

Elixir (1 cm³ = 5 mg de “Piribenzamina”)

Comprimidos de 50 mg

Pomada a 2%



Experiência de 1500 anestésias peridurais (*)

Dr. NELSON DE SÁ EARP.

(Da Sociedade Médica de Petrópolis)

A fase de maior aceitação entre nós da Anestesia peridural parece poder ser situada entre 1934 e 1945.

Depois de um acolhimento generoso por parte de muitos cirurgiões e de utilizada quasi que preferencialmente em vários serviços cirúrgicos de larga projeção a anestesia peridural começou a perder terreno, não ha que duvidar.

Que razões teriam atuado nesse sentido?

Haveria motivos para ainda se lançar mão desse método de anestesia, em face do recuo de vários centros cirúrgicos renomados?

De nossa parte, dentro dos modestos recursos em que trabalhamos, conseguimos reunir um acervo de 1500 anestésias peridurais que permitiram-nos confirmar a impressão inicial daquêles grandes centros cirúrgicos e que de um modo geral, depuseram favoravelmente sobre a eficiência, fidelidade, inocuidade, razoável exequibilidade e duração satisfatória da anestesia em questão.

Não somos anestesista; somos cirurgião. Mas executamos as anestésias de tipo local, troncular, de plexo, raqueana ou peridural em nossos casos cirúrgicos, deixando a de tipo geral para um anestesista credenciado.

De tal modo a experiência aqui assinalada refere-se a doentes por nos anestesiados e operados.

Que resultados podemos assinalar?

1.º) Confirmamos plenamente a fidelidade do método. — E' uma anestesia de resultados comparaveis às demais. Falha segundo Dogliotti em 4%. A taxa em nossos casos foi um pouco menor: igual a 3,5%.

2.º) Sobre a inocuidade. — A respeito de efeitos nocivos sobre o organismo haveria a considerar dois tipos de influências: imediatas e tardias. Entre as primeiras: a) mortalidade; entre as

(*) Trabalho apresentado ao I Congresso Nacional do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões de 28 a 30 de setembro de 1951.

segundas devem-se destacar: b) modificações do aparelho circulatório; c) o aparecimento de lipotimias e seu cortejo de suores e mal estar; d) alterações do psiquismo do enfermo e seu comportamento durante o ato operatório. Entre as segundas, isto é, os efeitos tardios haveria que considerar as possíveis seqüelas consequentes da introdução medicamentosa massiva no espaço peridural em contato com raízes nervosas e gânglios da mesma natureza.

Mortalidade pela anestesia peridural. — A morte consequente à anestesia peridural decorre da injeção de líquido anestésico no canal raqueano. É fruto de erro de técnica. Pessoalmente não tivemos nenhum caso de morte a lamentar.

Efeitos sobre o aparelho circulatório. — As influencias por nós verificadas têm decorrido do uso da solução milesimal de adrenalina, em quantidade de dez gotas, adicionadas a 50 cc de solução de novocaina a 2% em sor fisiológico.

Determina a adrenalina seu efeito taquicárdico habitual, assinalado pelo próprio operando que se queixa de “batimentos fortes no coração”, e perceptível pelo operador que percebe, em muitos casos, o reforço dos batimentos da aorta abdominal na zona epigástrica.

Esse efeito nada influencia a anestesia.

Quanto à repercussão sobre a pressão arterial, esta de modo geral não sofre modificação ligada à anestesia. Tal fato tem sua explicação anatomo-fisiológica, de vez que o líquido anestésico vai atingir somente as raízes raquenas e o gânglio espinhal sensitivo, poupando os centros medulares vaso-motores, cuja atividade se mantém intacta. As poucas vezes em que em nossos casos houve queda depressão arterial, notamos ter havido uma permanência por tempo longo da posição sentada do doente, para o efeito de execução da anestesia. Daí o cuidado que adotamos de só assentarmos o doente para puncioná-lo depois de termos o material pronto para uso. Quanto às quedas de pressão depois da anestesia instalada, nunca as observamos.

Efeitos sobre os músculos respiratórios. — É de se assinalar que 98% de nossas anestésias foram realizadas no setor vertebral situado entre o 11.º espaço dorsal e 5.º lombar.

Fizemos varias anestésias nos 7.º espaço cervical e 1.º e 2.º espaço dorsais, para operações sobre o pescoço, membros superiores e torax, temos a anotar uma só vez o de paralisia respiratória, controlada com vantagem.

Influência da anestesia sobre o psiquismo durante o ato operatório, e tremores. — É um fato por nós verificado que ha necessidade de uma certa preparação psicológica para o uso da anestesia peridural, (aliás como em qualquer anestesia) mesmo não pres-

cindidas dos anestésicos de base que rotineiramente usamos em nossos casos, à base de morfina. Como a instalação da anestesia peridural é progressiva, extendendo-se pouco a pouco, e ganhando quasi que subriticamente em profundidade, o doente precisa ser animado e falado, de modo a inculir-lhe confiança no sucesso da anestesia. Lembramo-nos aqui do que aconselha Chevalier Jackson em seu livro sobre broncoscopia. Ha em seu serviço uma rotina na maneira de conservar com o examinando e a doçura desempenha um papel deverás decisivo.

A anestesia peridural pede compreensão da parte do doente e confiança nos que lhe estão prestando serviços, dada a maneira quasi insensível, poderíamos assim dizer, de sua instalação.

Numa porcentagem em torno de 5% ha aparecimento de tremores de tipo generalizado surgidos ao término da punção. Passam rapidamente e costumam ser mais frequentes nas anestésias de execução demorada. Pensamos, por isso que tais tremores estejam ligados aos fenómenos de queda de pressão já assinalados anteriormente e devido à manutenção, durante muito tempo da posição sentada.

Efeitos tardios da anestesia peridural. — Não temos a assinalar em nossa casuística. O meio social relativamente pequeno em que trabalhamos nos possibilita um follow-up relativamente fácil. Não tivemos um só caso a deplorar.

3.º) Quanto ao tempo de instalação da anestesia. — Assinalamos o seguinte: em média o tempo de instalação é de 10 minutos. Nesse particular nada fica a dever às demais anestésias. Empregamos uma manobra, por nós idealizada, para apressar a difusão do líquido anestésico. Chamamo-la de massagem do espaço peridural. Consta em fazer o doente, sentar-se e deitar-se 5 a 10 vezes após receber a injeção do líquido anestésico. A flexão e extensão repetidas da coluna vertebral determina mudanças no regime de pressão no espaço peridural, movimentando o líquido anestésico ali depositado. Essa manobra indubitavelmente apressa a anestesia. Não estamos de acordo com aqueles que aguardam 20 minutos após a punção para dar início à operação. Seria um grande inconveniente tal perda de tempo.

4.º) Quanto à exequibilidade da anestesia. — Para ser executada a anestesia peridural exige uma certa prática, um certo treino. Não se dá o mesmo com todas as anestésias? Parece, no entanto, que com a peridural houve um tanto de exagero na valorização das dificuldades de sua execução, que culminaram suposta, antes que real, dificuldade de localizar a agulha no espaço peridural. Afirmamos ter havido um certo exagero, a ponto de se afirmar que a punção da anestesia peridural exigia um certo atributo pessoal difficilmente conquistavel. Parece-nos não ser assim. A

punção requer um certo apuro de técnica, não ha dúvida. Mas este adquire-se, como nos demais setores da cirurgia, com paciência, cuidado e perseverança.

A facilitar a prática da punção ha uma série de aparelhos, dispositivos, etc. que em muito facilitam a pesquisa do espaço peridural mormente para aqueles que principiam a executá-la. Com eles obtem-se o domínio da punção de tal modo que à força de repetição o tato vai se tornando tão apurado que acaba-se prescindindo de uso daqueles aparelhos. A pesquisa do espaço passa a ser quasi que fruto exclusivo do tato.

Tal foi o que se deu conosco.

Ao uso sistemático do "dispositivo capilar" ultrasensível, unido à agulha de punção foi sucedendo o uso da simples agulha combinado à manobra de Dogliotti. Atualmente a punção por nós executada se processa da seguinte maneira: a penetração da agulha faz-se de um modo progressivo, através os varios planos, tissulares, desde a pele até o espaço peridural; a cada tecido atravessado corresponde uma impressão específica, de modo a poder ser afirmado, a cada momento da punção, o local em que se encontra a ponta da agulha. Saber recolher e reconhecer essas impressões tal é a tarefa do operador. A agulha tem a atravessar a principio a pele e o tecido celular sub-cutâneo. Os dois planos são reconhecíveis pelo fato de que a agulha nesses tecidos não se fixa, ficando sob a ação da gravidade, caindo por consequência si deixada a si mesmo.

Num plano mais profundo. intervertebral, a agulha fixa-se e deixada a si mesmo não cai. A penetração da agulha, daí por diante pode dar-se de duas maneiras: 1) a agulha caminha na espessura do ligamento inter-espinhoso, de contextura resistente, e nesse caso ha necessidade de, como que forçar sua penetração; a impressão de esforço traduz resistência à agulha e indetifica o tecido que esta atravessa; mas, ao continuar a ser introduzida a agulha vai encontrar o próximo plano que é o ligamento amarelo, e como este é de consistência fibrosa, idêntica à do ligamento inter-espinhoso, o esforço de penetração continua o mesmo, e nesse caso o ligamento amarelo não é percebido; logo a seguir a agulha, cuja penetração vem se fazendo num ritmo de esforço, passa a não encontrar resistência; é que um novo tecido lhe está à frente: o tecido frouxo do espaço peridural. A mudança súbita de sensação indica o novo tecido.

Tal é o processamento da punção quando a agulha caminha na espessura do ligamento interespinhoso.

Mas ha casos, e são os mais comuns em que a agulha, depois de atravessar a pele, segue paralelamente o ligamento interespinhoso, e vai seguir a róta da massa muscular das goteiras vertebraes; a penetração da agulha é facil, até chegar ao ligamento

amarelo, onde este provoca resistência, a qual exige um certo esforço; este esforço, e aquela resistência denotam o ligamento amarelo; vencido este a agulha cai em tecido frouxo do espaço peridural.

As sensações despertadas no operador em ambos os casos em que a agulha percorre caminhos diferentes, são nítidas.

Costumamos associar a colheita das sensações táceis à penetração da agulha a um dos seguintes recursos: 1) a adaptação à agulha de punção do "dispositivo capilar", que nada mais é que um pequeno tubo capilar de vidro e que tem como finalidade evidenciar a pressão negativa do espaço peridural, o que acontece em 98% dos casos; ou, 2) a adaptação de uma seringa comum contendo ar e que serve para provocar o chamado sinal de Dogliotti que é a falta de resistência à injeção de ar, quando a agulha penetra no espaço peridural.

Em geral o tempo que gastamos na execução do ato anestésico é de 4 minutos. Não adotamos a medida de injetarmos uma pequena quantidade de anestésico para nos assegurar da certeza de que a agulha se acha realmente no espaço peridural, aguardando 5 minutos a procurar os efeitos sobre a sensibilidade. O ato tornar-se-ia demasiadamente longo, obrigando o doente a manter-se muito tempo sentado, acarretando todos os inconvenientes já por nós assinalados.

Em geral, o tempo que o ajudante leva para dispor o instrumental e preparar a mesa operatória e o mesmo que o gasto para a feitura da anestesia.

Pelo exposto confirmamos a perfeita exequibilidade da anestesia e a facilidade de sua execução.

5.º) Qual tem sido a duração média de nossas anestésias? — Queremos crer que uma das razões preponderantes para a redução do uso da anestesia peridural decorre da limitação de seu tempo de duração. Em nossas mãos a duração média tem sido de duas horas. Como em geral as operações decorrem dentro desse espaço de tempo, tem sido possível a nós usá-la em um grande número de casos. Praticamente 50% de nossas operações são praticadas debaixo desse tipo de anestesia.

Tem sido tentado, e nós mesmos procuramos ultimamente uma solução anestésica de absorção retardada com o intuito de prolongar a anestesia.

Entusiasmamo-nos com a perspectiva de obtermos anestésias de 5 horas conforme o trabalho de Walter Hunsicker aparecido em "Anesthesie e Analgesie", (1950, pag. 303) em que o autor aconselha uma fórmula de retardamento à base de tetracaina e gelatina. Solicitamos a fórmula a um de nossos laboratórios que ficou de nos atender.

Estamos experimentando atualmente a fórmula de retardamento com subtosan. Idéia que nos veio da leitura de um trabalho de Eurico Branco Ribeiro sobre o uso de subtosan nas raqui-anestesias. Parece ser promissor o resultado.

Confessamos que a limitação do tempo de anestesia tem sido para nós o principal fator da limitação de seu uso.

Em cirurgia gástrica, por exemplo, deixamos de usá-la nas gastrectomias, cujo limiar de terminação fica em geral em torno de duas horas. O fechamento do ventre, nesses casos obriga a medidas anestésicas outras que invalidam a peridural.

O advento da anestesia por gases, decisivamente veio eclipsar os demais tipos de anestesia, mormente nos grandes centros, onde a especialização permite a existência de serviços especializados de anestesia.

Mas a simplicidade, a eficiência, a inocuidade e a exequibilidade da anestesia peridural, estamos certos, garantem-lhe um lugar de destaque entre os diversos tipos de anestesia.

RESUMO

O autor expõe a experiência adquirida em 1500 casos de anestesia peridural por ele realizadas em doentes por ele mesmo operados.

Assinala que a peridural teve um período de grande aceitação, procura demonstrar com sua experiência que a anestesia é satisfatória, quer quanto à eficiência, inocuidade, e facilidade de execução.

Faz restrições quanto à duração da anestesia que em geral atinge 2 horas de aproveitamento.

Admite que esse fator, aliado ao aparecimento da anestesia por gases, e de serviços especializados seja a causa de menor emprego do método.

Está, no entanto certo que a anestesia peridural tem ainda plenas credenciais e que poderá ainda melhorar sua eficiência mercê, principalmente de medidas destinadas a tornarem-na de duração mais longa.

BIBLIOGRAFIA

- 1) MARQUES LISBOA, Otavio — *Anestesia segmentaria peridural* — A. Dogliotti — "Brasil Médico" 1934.
- 2) JESSE TEIXEIRA — *Anestesia extradural na cirurgia do torax e da tuberculose* — "Revista Médica Municipal" — Rio — Maio de 1942.
- 3) DARIO TRACANELA e JUVENAL SILVA MÂRQUES — *Anestesia peridural* — Suplemento de "Arq. de cirurg. clin. e experim." Agosto de 1934.
- 4) HELBIO DO REGO LINS — *Resultados obtidos com a anestesia peridural* — "Brasil Médico", Junho de 1943.
- 5) EUCÊNIO DE SOUZA — *Contribuição à técnica da punção extradural* — "Revista Brasileira de Cirurgia" — Junho de 1943.
- 6) NELSON DE SÁ EARP — *Anestesia peridural* — "Brasil Médico" — Fevereiro de 1943 e Novembro de 1943.

- 7) SALOMÃO A. CHAIB — *Anestesia peridural* — "Revista Médico-Cirúrgica do Brasil" — Janeiro e Fevereiro de 1945.
- 8) CARLOS P. TEIXEIRA — *A anestesia extradural em cirurgia urológica* — "O Hospital" — Outubro de 1945.
- 9) MURILO S. BRAGA — *Em torno de uma centena de anestésias extra durais* — "Revista de Cirurgia de São Paulo" — Março e Abril de 1944.
- 10) JAMES MENDONÇA CLARK — *Amalgotoxia pela anestesia peridural* — "Revista Médico Cirúrgica do Brasil" — Jan. e Fev. de 1943.
- 11) ARRIGO RAJA, JOÃO RAFAEL LIBONATO e ARY LEXS 1435 casos — *Considerações sobre 1435 casos de anestesia peridural* — "Revista de Cirurgia de São Paulo" — Nov. e Dez. de 1943.
- 12) EDGARD FERRAZ NAVARRO — *Anestesia metamérica peridural* — "Publicações Médicas" — Maio de 1939.
- 13) ORLANDO GALVÃO — *Anestesia peridural* — "Anais da Soc. Méd. e Cir. de Itabuna" — Bahia — 1939.
- 14) BARROS LIMA — *Sobre as anestésias peridurais* — "Brasil Médico" — 1934.
- 15) HAROLDO ROCHA PORTELA — *Anestesia extradural* — "Revista Brasileira de Cirurgia" — 1947.
- 16) DOGLIOTTI — *Tratado de anestesia* — Trad. Bras. — Ed. Guanabara — 1943.
- 17) GEORGE P. PITKIN — *Anestesia condutiva* — Trad. espanhola: 1950.
- 18) KIRSCHNER — Vol. 7.
- 19) WALTER P. G. HUNSICKER — *L'anesthésie pèridurale* — "Anesthésie e analgesie" — 1950.

NOVA FÓRMULA!...

Prinachol

INJETAVEL

FÓRMULA:

	Ampólas de	
	2cm ³	5cm ³
Cinarina (Princípio ativo cristalizado da Alcachofra)	0,012 g	0,030 g
Acetilmetionina	0,200 g	0,500 g
Colina Cloridrato	0,020 g	0,050 g
Soluto da fração anti-tóxica do fígado a 1:20 q. b. p.	2cm ³	5cm ³

Associada a Metionina — Colina — Solução
de fração anti-tóxica do fígado

INTOXICAÇÕES HEPÁTICAS E MEDICAMENTOSAS

Hepatites, estado pré-cirrótico do fígado

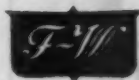
LABORATÓRIO YATROPAN LTDA.

UM NOVO CAPÍTULO NA
HISTÓRIA DA PENICILINA

BENZETACIL



Com uma só injeção de 600.000 uni-
dades obtém-se níveis eficazes de peni-
cilina no sangue, durante duas semanas.



BENZETACIL

DIBENZILETILENODIAMINA DIPENICILINA G

Fontoura-Wyeth S. A.

"Tradição e qualidade a serviço da prática médica"

Nos Estados Unidos - Wyeth Incorporated - Philadelphia
No Brasil - Indústrias Farmacêuticas Fontoura-Wyeth S. A. - São Paulo

Tratamento cirúrgico do câncer do reto e do reto sigmóide (*)

(Considerações em torno de 72 casos operados)

DR. ADALBERTO LEITE FERRAZ (F. I. C. S.)

Cirurgião da Santa Casa de São Paulo

A pesar de já termos melhorado muito no diagnóstico precoce do câncer do reto ainda estamos recebendo os pacientes geralmente em fase adiantada da doença. Assim sendo justifica-se plenamente a apresentação de um trabalho prático nesse sentido com o fim de despertar a atenção dos clínicos em geral.

Os pacientes de câncer do tubo digestivo terminal antes de procurar os especialistas, costumam perder um tempo precioso tratando-se como se tivessem hemoróides, colites, etc. Já passaram por outros colegas menos orientados quanto aos modernos meios de semiologia e que mesmo sem fazer um simples tóque retal prescrevem castanha da Índia e laxativos. Portanto nós os especialistas devemos despertar o interesse do clínico geral para as anormalidades de função mais precoces do grosso intestino e possivelmente significativos. Certos sintomas estão presentes tão frequentemente que, encontrados em pacientes acima de 40 anos de idade, deveriam sugerir câncer do reto até que provasse o contrário. Os sintomas principais são: hemorragia retal, desconforto abdominal, alterações dos hábitos intestinais, representados por constipação de tipo progressivo, ou diarreia, ou alternativa de constipação e diarreia. O câncer da porção distal tende a ser cirrótico, a diminuir a luz intestinal. A possibilidade do diagnóstico precoce é sempre fácil pois há sempre sintomas subjetivos presentes e além disso o tóque retal alcança em 80% dos casos as lesões, enquanto o restante 20% pode ser visualizado pelo reto sigmóscopico ou pela radiologia. Além disso o câncer do reto é de evolução lenta, portanto permanece localizado bastante tempo, o que possibilita uma terapêutica radical. Assim alertados os clínicos em geral, em maior porcentagem dos casos será feito o diagnóstico precoce de câncer do reto, o que tem muita importância no ponto de vista terapêutico.

(*) Trabalho apresentado ao I Congresso Nacional do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões em 29/9/51 — São Paulo.

Nessas condições com menos frequência chegariam às nossas mãos pacientes erroneamente rotulados como portadores de apendicite crônica, hemorróides, colites amebianas prolongadas e consideradas incuráveis. Esta afecção só deveria ser medicada pelo clínico, a nosso ver, após um cuidadoso exame especializado. Por outro lado devemos estar alertados quanto a certos processos patológicos que podem afetar o reto simulando um câncer como seja a endometriose. Devemos lembrar aqui um caso que tivemos logo logo que iniciamos a clínica em São Paulo, há 11 anos mais ou menos; tratava-se de uma paciente de 43 anos de idade, laparotomizada por um distinto colega com o diagnóstico do câncer do reto, e como encontrasse um processo generalizado na pélvis fez um ânus contra a natura. Dois meses após realizou uma segunda intervenção com intuito de amputar o reto, o que não fez pela persistência das mesmas condições pélvicas, dando ao caso um prognóstico desfavorável. Pois bem, um ano e seis meses após, a paciente nos procura relatando o sucedido. Ao exame especializado não encontramos na parte excluída nenhuma tumoração suspeita, mas encontramos um orifício fistuloso por onde drenava sangue, mórmente por ocasião de suas regras. Pensámos nessa ocasião que a paciente tivesse tido um processo de salpingite aguda drenado para o reto. O estudo radiológico confirma aquele orifício fistuloso. Com base nesse diagnóstico propuzemos que se fizesse o tratamento ao processo anexial pelo Raio X. Resultado: a paciente restabeleceu-se completamente de seu suposto câncer com o desaparecimento total de sua sintomatologia, que nos deixou surpreso. Posteriormente em vista da evolução favorável do caso, realizámos o restabelecimento do trânsito intestinal. Ao explorarmos a pequena pélvis encontramos uma formação de aspecto anormal que nos levou a fazer uma biopsia para estudo histo patológico, que deu um resultado final do caso: endometriose. Os sintomas seguintes da endometriose, devem ser retidos: esterilidade relativa ou absoluta, mal estar no baixo ventre e pélvis no período intermenstrual, dispaurenia, dor ou mal estar no reto durante a evacuação aumentada durante as regras, hemorragia retal, obstrução, tenesmo retal, retalgia menstrual; o sépto reto vaginal apresenta muitas vezes pequenos cistos. A variação de volume de tumores abdominais com as fases do período menstrual levanta a suspeita da possibilidade de endometriose. Recentemente em São Paulo o Dr. João De Lorenzo comunicou um caso em que o fato aqui relatado foi verificado.

Achámos que a porcentagem maior de sucesso na cirurgia atual do câncer do reto está precisamente no cuidadoso pré-operatório. Esta preparação usualmente se faz em uma semana, em muitos casos podendo ser iniciado na casa do paciente. Reputamos como pontos fundamentais do pré-operatório a correção da anemia, a melhora do estado geral por alimentação adequada, o

restabelecimento do equilíbrio hídrico e eletrolítico, bem como o emprego de vitaminas em doses generosas, das sulfas e antibióticos. Exames radiológicos dos pulmões, coluna, pélvis e raízes dos membros, séde mais frequente de metástases. Devemos sempre pedir o auxílio do clínico para os exames dos grandes aparelhos, afim de termos uma noção mais clara do risco cirurgico e decidirmos quanto à conduta cirurgica. Introduzir uma sonda de Miller Abbott, com o fim de evitar a pressão sobre as suturas e também para a alimentação dos pacientes.

Dos metodos operatorios para a extirpação do câncer do réto por via abdomino-perineal, dois metodos disputam entre si a supremacia, segundo se sacrifica ou se conserva o aparelho esfinteriano.

1) A amputação abdomino perineal, com ânus definitivo abdominal, que pode ser mediano, ou levado à fossa ilíaca esquerda, à maneira de Miles.

2) Ressecção abdomino perineal com conservação do aparelho esfinteriano e abaixamento da extremidade superior ou proximal ao perineo.

) Técnica de Hartmann: extirpação do segmento retal com fixação da porção proximal a péle (ânus abdominal) e fechamento da porção distal, que se reveste com o peritoneo pélvico.

4) E finalmente, as ressecções com anastomose termino terminal imediata; este tipo de operação seria o ideal para o cirurgião e para o enfermo. Este meto infelizmente retira pequena porção de tecido, deixando zonas linfáticas que podem estar já invadidas pela neoplasia. Portanto estas operações de ressecções com anastomose imediata, bem como as ressecções seguidas de abaixamento intra esfinterianos, podem dar exitos, mas só devem ser feitas nos casos muito precoces, de tumores bem localizados, sem invasões linfaticas, pois do contrario a recidiva aparece muito precocemente. Nas operações de abaixamento tipo intra esfinteriano devemos acentuar aqui o trabalho de Eugene A. Gaston sobre — Fecal Continence Following Resections Of Various Potins Of The Rectum With Preservation Of The Anal Sphincters. Diz que a simples conservação do esfíncter é incapaz de manter o indivíduo continente. A paciente operada pelo Dr. Gaston, diz o seguinte: que a sensação perineal que antes da operação indicava o convite à defecação, não está mais presente. Quando a sensação anal é notada o esfíncter externo contraí-se voluntariamente mas então certa porção de fezes ou gases já escapou.

A amputação abdomino perineal com ânus ilíaco abdominal é a operação mais indicada para os cânceres da porção média (empola) e inferior do réto (ânus) enquanto que para os tumores altos (réto-sigmóides) — podem ser feitas as ressecções com o restabelecimento imediato ou as ressecções com o abaixamento da

porção réto sigmóide ao ânus. Estamos de pleno acordo com Lecene quando afirma: "as operações que tem por fim extirpar um câncer do réto devem ser extremamente amplas para serem eficazes. É necessário extirpar toda a zona intestinal cancerosa e também todo o meso réto sigmóide e todos os seus ganglios. Não é possível retirar estes ganglios só por via perineal ou pelo perineo sacro. Se estas operações perineas são incontestavelmente mais benignas porque menos chocantes que as grandes operações abdomino perineas, penso que por outro lado, elas são pouco satisfatorias no ponto de vista terapeutico". As unicas sobrevidas a longo prazo tem lugar depois de operações amplas, com ablação de todo meso réto sigmóideo. Miles diz também que a operação de escolha é a abdomino perineal, pois é a unica que permite a ablação dos tecidos neoplasicos nas três zonas de invasão: para cima, para baixo e para os lados. Além disso é o tipo da operação que facilita a boa preparação dos ureteres, quando estes estão aderidos a processos neoplasicos sem estarem invadidos. Portanto pensamos que só para os cânceres bem localizados, cirróticos, e quando a exploração não constata adenopatias e também quando a amplitude do cólo sigmóide permite uma boa exérese para cima principalmente e para baixo do tumor, autorizam o cirurgião a fazer a operação conservadora. Estudos de certos pesquisadores verificaram que os linfaticos do alto réto sigmóide são de destino abdominal e vão aos ganglios aorticos medianos. Assim sendo nos tumores do réto singmóide não haveria necessidade da ressecção do seguimento distal o que na verdade traz grandes vantagens, pois permanece a potencia sexual e alem disso o transito intestinal é conservado.

Já dissemos uma vez e hoje repetimos que, tratando-se de câncer as técnicas operatórias que poderiam parecer mais ousadas se justificam. Os pacientes hoje considerados inoperaveis e condenados pois a morte, em prazo mais ou menos breve, casos em que a molestia tenha se estendido envolvendo outros órgãos, tais como: estomago, baço, os órgãos da pélvis, nos casos de câncer do réto sigmóide, deveriam ser submetidos a extensas ressecções desde que não existam metastases à distancia (coluna vertebral, pulmões, etc.). Nestes casos de pélvis congeladas atacamos o tumor canceroso procurando fazer a sua exérese operando a maior distancia possivel de toda lesão primaria ou de propagação efetuando a extirpação de todos os nódulos e cadeias linfaticas da pélvis em bloco junto aos órgãos submetidos à ressecção. A operação efetuada nestas condições implica muitas vezes na extirpação do utero e de seus anexos, ligamentos largos em toda a sua extensão, teciparavaginais, cadeias linfaticas e tecidos aureolar dos vasos ilíacos primitivos, ilíacos externas, e hipogastricos; havendo comprometimento vesical faz-se a implantação bilateral dos ureteres no cólo acima da colostomia terminal e extirpa-se a bexiga e uretra.

Para aceitarmos esta concepção que poderia parecer audaciosa, nos casos de câncer do réto sigmóide ou réto, hoje considerados inoperáveis é preciso que se tenha o espirito aberto permitindo que se plasme uma nova consciencia cirurgica. Assim, torna-se preciso afastar conceitos tidos até hoje como incontestáveis em cirurgia abdominal, tal como a necessidade de minuciosa peritonização desde que nesses casos toda a serosa visceral como parietal é removida da pequena pélvis, pela existencia de numerosas e extensas conexões linfaticas entre os ganglios dispostos ao longo dos grandes vasos da parede lateral da pélvis e as cadeias linfaticas e ganglios parametriaes.

O ser humano somente é capaz de suportar tamanhas intervenções quando sob orientação terapêutica racional é amparado tanto no pré-operatório como durante e no post-operatório, imediato.

Enquanto não se consiga obter novas fontes de energia, susceptíveis de aparecer nesta era de continuas e renovadas investigações que possam dar bons resultados no tratamento do câncer do réto, mister será buscarmos soluções que em certo prazo nos permita salvar o maior numero de enfermos e essa possibilidade só se vislumbra por enquanto no campo cirurgico.

Com as operações propostas acreditamos na possibilidade de se diminuir o indice de mortalidade de câncer do réto e julgamos assim melhor servir os nossos pacientes. A roentgenterapia nada oferece no tratamento do adenocarcinoma do réto.

CONCLUSÕES

Em 11 anos de clínica em São Paulo, tivemos a oportunidade de examinar e tratar setenta e dois casos de câncer do réto sigmóide e do réto. Estes pacientes foram operados na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (2.^a Cirurgia de Homens, serviço do Dr. Zeferino Amaral) e (3.^a Cirurgia de Mulheres, serviço do Dr. Moura Azevedo), e em nossa clinica particular, assim distribuidos: 13 do réto sigmóide ou sejam: 9 homens e 4 mulheres, sendo possível a cirurgia radical e conservadora em 10 e em 3 só pudemos fazer um ânus abdominal contra a natura; os restantes 59 casos: 37 homens e 22 mulheres, foram operados em um só tempo pela amputação abdomino perineal à Miles, com ânus ilíaco abdominal à esquerda, e em 1 só se pode fazer simples derivação.

Com relação aos doentes que sofreram amputação queremos chamar à atenção dos colegas para alguns casos que reputamos interessantes, conforme vamos discriminar:

1.^o Citamos a observação de n.^o 15 -A.B. — homem, de 28 anos de idade, branco, italiano, apresentava um tumor vegetante anfractuoso da face anterior da empola retal. Pela laparotomia

verificou-se a invasão neoplásica da bexiga, o que nos obrigou a executar uma operação bastante mutilante, que consistiu em retirar a bexiga, uretra, conjuntamente com o réto e implantação dos ureteres acima da colostomia definitiva. O paciente teve uma sobrevida de 8 meses.

2.º) Temos o caso da observação de n.º 16 M.S. — mulher, de 62 anos de idade, branca, italiana, com câncer da empola retal porção anterior, tumor relativamente pequeno, e que entretanto na laparotomia verificou-se uma invasão do aparelho genital, o que nos obrigou a fazer um esvaziamento pélvico, isto é, ressecção do utero e anexos, conjuntamente com o réto. Teve uma sobrevida de 1½ ano.

3.º) Referimo-nos a observação de n.º 61 C.P.L. — homem, 49 anos, branco, italiano, que fomos obrigados a amputação do réto conjuntamente com a próstata.

4.º) Despertar a atenção dos colegas para diversas observações como por exemplo a de n.º 64, em que o doente havia sido operado ha 1 mez antes de hemorróides, e que no entretanto estava com polipos com infiltrações degenerativas.

5.º) Para diversas observações em que os pacientes estavam sendo tratados de colite amebiana, e que concomitantemente apresentavam câncer do réto.

6.º) Nos casos submetidos aos diversos tipos de operação estão vivos 55, faleceram 8 e follow-up desconhecidos 9.

7.º) Precisamos estar alertados quanto a certos processos patológicos que podem afetar o réto simulando um câncer como seja a endometriose.

8.º) Finalmente em que o diagnóstico do câncer réto é feito pelo tóque digital e retoscopia confirmados pela biopsia. A radiologia nos fornece muito poucos elementos para o diagnóstico. Portanto todo enfermo do tubo digestivo terminal deverá ser encaminhado ao protologista, antes de qualquer outro exame.

REFERÊNCIAS

- 1) AVILA, Silvio — *Câncer Réto Sigmóide* (considerações em torno de 3 casos operados pelo processo da ressecção anterior.
- 2) DAVID V. C. — *Treatment of carcinoma ad rectosigmoid junction, by obstructive resection.* "Surg. Gyn. and Obst.", 59: 491-495 — Setembro, 1934.
- 3) GABRIEL B.W. — *The Principles and Practice of Rectal Surgery.*
- 4) DIXON C.F. — *Surgical Removal Of — 1948. Lesions Occurring in Sigmóide and Recto Sigmóide Am.* "J. Surgery", 46-12-1939.
- 5) GRINNELL R.S. — *The Lymphatic and Venous Spread Of Carcinoma of the Rectum.* "Ann. Surg.", 116: 200-216-1942.

- 6) HARTMANN H. — *Note sur in Procède Nouveau d'extirpation des cancers de la partie terminale du colon.* "Bull e men de 1.^{re} soc. de chir.", 1474, doc. 12 — Paris, 1923.
- 7) HARTMANN H. — *Chirurgie du Rectum.* Marson & Cia. — Editeur Paris, 1931.
- 8) LOCKHART, Nummery, J. P. — *A Nex Method of Restoring the Continuity of the Bowel in Cases of Excision of a Crowth low dohn in the sigmóide flexure.* "Lancet", 1.1403-1404, May 16, 1908.
- 9) LOCKHART, Nummery, J.L.P. — *The Operative Surgery of the Colon.* "Proc. of the Staff Neet of the Mayo Clinic". Vol 13, n.º 31485 — 493 Aug. 3.1938.
- 10) RANKIN, F. — *The Tecnio of Anterior Resection of the Rectosigmóide.* "Sung Grezo Obst.", 46-638, 1939.
- 11) RANKIN, F.W. and GRAHAM A.S. — *Cáncer of the Colon and Rectum. Sts. Diagnosis and Tratmente.* Thomaz Books, 1939.
- 12) VILLEMIN, E. Huard. P. et MONTAGNÉ. — *Recherches Anatomiques sur les Lymphatiques du rectum et de L'anus.* "Rev. Chir.", 63-39, 1925.
- 13) WANGENSTEEN, O.H. — *Primary Resection (Closed Anastomosis) Of the Colon and Rectosigmóide* — "Surgery", 14:403 — Set. 1943.
- 14) D'ALLAINES. Fr., LE ROY. A. — DUBOST Ch. — *Traitment Chirurgical du Cáncer du Rectum.* Editions Medicales — Flammarion.
- 15) DEGNI, Mário — *Estudo anátomo-cirúrgico das arterias do cólon sigmóide e do segmento réto sigmóide.* — Tese — S. Paulo Editora S.A. — São Paulo, Brasil, 1947.
- 16) OLIVEIRA, Edison de — *Observações sobre os linfáticos ano-retais (sua aplicação à cirurgia do carcinoma do réto)* — Tese — S. Paulo, 1947.

ESPASMO-SITALGEX

(Contra as dores do pós-operatório)

Fórmula: Cada ampôla de 2 c.c. contém:

Clor. Papaverina	0,03 g	Cânfora	0,04 g
Bromoisovaleriluréa ..	0,06 g	Alcôol benzílico	0,10 g
Amidopirina	0,20 g	Glicol propilénico q.b.p.	2 cc.

Ação antiespasmódica: *Clor. de papaverina.*

Ação analgésica principal: *Bromoisovaleriluréa* — (Sedativo inócuo, não cria hábito, fixa-se sobre o colesterol) o mais racional dos neurosedativos.

Ação analgésica coadjuvante: *Amidopirina.*

Ação compensadora: *Cânfora* (Analético circulatório e respiratório).

Indicações: Em tôdas as manifestações dolorosas do pós-operatório; nevralgias, cólicas uterinas, renais e hepáticas, mialgias, artralgias, etc.

QUIMIATRA S/A.

PRODUTOS QUÍMICOS E FARMACÊUTICOS S/A.
Rua Augusta, 1520 — São Paulo — Fone: 31-1156

EUCOLENO

A base de subcarbonato de bismuto, caolim,
peróxido de magnésio hidratado e metilatropina



Curativo
das

colites, apendicite e úlceras gastro-duodenais

Laboratório Gross-Rio

CORAFURON

(VISAMMIN)

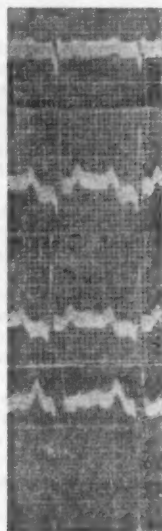


CORAFURON é o 2 metil, 5, 8, dimetoxi, 6, 7, furanocromon ainda conhecido sob o nome de Visamin ou Khellin.

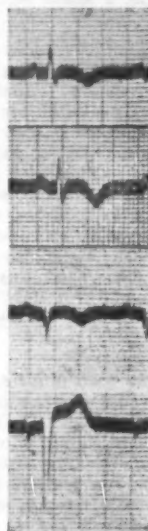
Farmacologicamente CORAFURON é um poderoso espasmolítico com particular ação vasodilatadora sobre as artérias coronárias.

Clinicamente CORAFURON aumenta a corrente sangüinea coronariana sem apresentar qualquer efeito sobre a pressão arterial, parecendo haver uma ação seletiva do CORAFURON sobre as artérias coronárias.

Insuficiência coronária
Angina do Peito



Infarto do miocárdio



Agora também!

CORAFURON 50 mg.

Comprimidos:

Cada comprimido
contém 0,050 g de
princípio ativo.

Ampolas:

Cada ampola contém
0,050 g de princípio
ativo

INDICAÇÕES:

Angina do peito — Trombose coronária — Coqueluche — Cólicas
nefréticas, hepáticas — Crise asmática.

APRESENTAÇÕES:

Comprimidos: dosados a 0,020g de princípio ativo.

Gotas: cada XXX gotas contém 0,020g de princípio ativo.

Ampolas: cada ampola de 1 cm³ contém 0,020g de princípio ativo.

Laboratório Sintético Ltda.

Rua Tamandaré, 777 — Tel. 36-4572
São Paulo

Real progresso

na terapêutica

pelos antihistamínicos



Alergo - Filinal

antihistamínico potencializado

e melhor tolerado.

LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 777 — Fone 36-4572

SÃO PAULO

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Sessão em 12 maio 1952

Presidente: DR. OSWALDO R. DE SOUZA E SILVA

Cirroses infantis e juvenis. — Prof. Edmundo Vasconcelos e Dr. Hene Mansur Sadek. — Entre os 68 casos de cirrose hepática, internados na 2.ª Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas, houve 16 enfermos com idade inferior a 21 anos; se bem que considerada rara, a cirrose infantil e juvenil foi encontrada em 23,5% dos casos. A cirrose esquistossomótica foi notada 9 vezes, a biliar 3, a de Laennec 2 e a tóxica 2. Os autores analisaram os vários sinais e sintomas observados, detendo-se nos fatores que interferem no aparecimento da ascite (hipertensão portal, hipoproteinemia com hipoalbuminemia e hiperglobulinemia, aumento da permeabilidade capilar e deficiência na inibição do hormônio antidiurético). Foram estudados os vários testes exploradores da função hepática (proteinemia total e

frações, Hanger, timol, formol-gel, Weltmann, Takata-Ara, bilirrubinêmias, urobilinogenúria, colesterolemia e fosfatase alcalina). Tanto do ponto de vista clínico como do anátomo-patológico os autores não encontraram justificativa para considerar a cirrose infantil e juvenil como entidade mórbida característica. Foram discutidos os agentes causais, mediante um estudo crítico dos fatores constituição e choque imunológico que talvez pudessem intervir na etiologia de alguns dos casos.

Considerações em torno de 3 casos de atresia congênita das vias biliares. Drs. Primo Curti, Oswaldo Riedel de Souza e Silva e Antranik Manisadjian. Os autores apresentam 3 casos de atresia congênita das vias biliares, observados na 1.ª Clínica

Acaba de aparecer:

ESTUDOS CIRÚRGICOS

6.ª Série

Pedidos ao autor

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

PREÇO: Cr\$ 200,00

Pediátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, tecendo comentários em torno da sintomatologia e chamando a

atenção sobre a dificuldade no diagnóstico diferencial que é bastante auxiliado pela história clínica e exames de laboratório.

Sessão em 12 agosto 1952

Presidente: Dr. OSWALDO R. DE SOUZA E SILVA

Rotação anormal do colo com oclusão parcial do duodeno. — Dr. Auro A. Amorim. A rotação anormal do colo constitui entidade ainda não muito conhecida e que pode provocar perturbações da máxima gravidade tanto no lactente como na criança maior. O presente trabalho baseia-se na observação de três casos: um de criança de 37 dias de idade, outro de criança de 14 meses e o último de criança de 2 anos e 7 meses. Para a boa compreensão dessa anomalia, o autor fez estudo sumário da embriologia do médio intestino desde sua fase extra-abdominal até sua acomodação no interior do abdome; a parada da evolução embriológica pode ocasionar anomalias características, tais como a rotação incompleta do ceco, falta de inserção do mesentério na parede posterior, etc. Devido à rotação incompleta do ceco, esse órgão pode ocupar diversas posições junto e abaixo do estômago, o que provoca formação de bridas, provocando, por compressão, oclusão mais ou menos completa do duodeno. Faltando ao mesentério sua fixação normal, o intestino pode girar e acarretar volvulo intestinal.

Os sintomas podem surgir logo após o nascimento assim como podem aparecer mais tarde, no período escolar e mesmo no adulto. A sintomatologia varia no lactente e na criança maior. Naquela, o vômito é o único sinal persistente e tem como característica a de ser misturado à bile, que lhe confere cor esverdeada; o vômito pode ser repetido com frequência ou só aparecer após as tomadas de alimento; há distensão acentuada no epigastro e podem ser notadas ondas peristálticas nessa região; a perda de grande quantidade de suco pancreático, bile e secreção gástrica, provoca desidratação intensa

e rápida. Na criança maior há história longa e contínua de surtos recorrentes de dor abdominal, náuseas e vômitos; a curva ponderal aumenta lentamente e a desnutrição é frequente. O exame radiológico sempre deve ser feito tanto simples como com emprego de contraste. Geralmente o estômago e duodeno se apresentam dilatados e com sinais de oclusão parcial. O enema bariado mostra a posição exata do colo, revelando a rotação incompleta.

O tratamento é essencialmente cirúrgico. Os cuidados pré e pós-operatórios são essenciais. O cirurgião, ao abrir o abdome, precisa saber reconhecer se se trata de uma oclusão do duodeno ou se há também volvulo do intestino. Desfeito o volvulo, deve ser praticada a operação de Laad para o completo restabelecimento da criança.

Doença hemolítica do recém-nascido. Resultados obtidos em nova série de 24 casos tratados pela exsanguíno-transfusão. — Drs. Oswaldo Mellone, Carlos da Silva Lacaz, Oscar Yahn e Michel Abu Jamra. Aos primeiros 12 casos de doença hemolítica do recém-nascido tratados pela exsanguíno-transfusão já apresentados e publicados (Rev. Paulista de Med., 38: 93-100, março, 1951), os autores acrescentam os resultados obtidos em nova série de 24 casos submetidos ao mesmo tratamento.

Em 22 casos havia incompatibilidade materno-fetal ao fator Rh e, em 2, incompatibilidade pelo aglutinógeno A. A sensibilização ao fator Rh manifestou-se após uma gestação em 4 casos; após múltiplas gestações em 11 casos e, pela ação conjugada de gestações e transfusões de sangue Rh positivo, em 6 casos. Em um caso a sensibilização foi devida exclusivamente ao uso de transfusões

TRATAMENTO DA

OZENA

(RINITE ATRÓFICA OZENICA)

E SUAS
REPUGNANTES
MANIFESTAÇÕES



PEROZEN*

TÓPICO INTRANASAL

MEDICAMENTO NOVO NO BRASIL

— • SEM SIMILARES • —
• EFEITO CURATIVO •

Fórmula original do
Químico-Farmacêutico J. PELOSI

baseada em observações de origem alemã.

Cloreto de carbaminopicalina . . .	0,05 g.
Clorobutanol	0,50 g.
Glicerina medicinal	5 cm3.
Essências de Eucaliptus	0,25 g.
Soluto fisiológico q. s. p. . . .	100 cm3.

Licenc. pela S. N. F. M. sob o n.º 1.256
em 9-12-1952

As solicitações de amostras para observa-
ções clínicas, serão atendidas pela ordem
de seu recebimento na medida do possível.



LABORATÓRIO PELOSI S.A.

PRODUTORES DE MEDICAMENTOS ÉTICOS DE EXCLUSIVA DIVULGAÇÃO MÉDICA

R. CESÁRIO MOTA, 296-312 - FONES 34-7733 e 35-1091 - CA. POSTAL 4718 - S. PAULO

* MARCA REGISTRADA

Distribuidores no { M. DARMONT & AMENDOLA
Rio de Janeiro: { Telefone: 43-7292

de sangue Rh positivo, 11 anos antes da primeira gestação. Em todas essas gestações foi demonstrada a presença de anticorpos no soro sanguíneo em títulos oscilando entre 32 e 2.048. O diagnóstico e a orientação terapêutica foram baseados na história obstétrica ou transfusional, no estudo do sangue materno, na icterícia precoce, no exame clínico e nos dados hematológicos do recém-nascido, que demonstraram, sempre, graus mais ou menos acentuados de anemia, acompanhada ou não de eritroblastemia. Embora não houvesse eritroblastos na terça parte dos casos, nos demais foi verificada estreita relação entre o grau de anemia, o número de eritroblastos e a gravidade do quadro clínico. A dosagem das bilirrubinas mostrou valores elevados em todos os casos, sendo sempre paralelos o título da bilirrubina indireta e a gravidade do caso. Em 8 recém-nascidos não houve paralelismo entre o quadro hematológico e o teor de bilirrubinas, fato que vem mostrar a necessidade deste exame para avaliar a gravidade real de cada caso. Em todos os casos de incompatibilidade ao fator Rh foi demonstrada a presença de anticorpos maternos no sangue do recém-nascido pelo teste de Coombs.

Para a exsanguíneo-transfusão foi empregada, 20 vezes, a técnica da veia umbilical e, 4 vezes, a técnica da

artéria radial, injetando-se, na maioria dos casos, um litro de sangue Rh negativo e retirando-se volume um pouco menor. Os resultados obtidos foram os seguintes: 3 mortes, uma atribuída à instituição tardia do tratamento, outra à supressão do leite materno, levando o recém-nascido à diarreia aguda no vigésimo dia e outra decorrente de trombose da veia, conseqüente ao cateterismo da veia umbilical. Além desses três óbitos, foi verificada a existência de seqüelas neurológicas moderadas em um caso e muito graves em dois outros, ambos com teor muito elevado de bilirrubina indireta e submetidos ao tratamento com 86 e 58 horas de vida.

Os 18 casos restantes estão evoluindo satisfatoriamente. Na evolução destes recém-nascidos verificou-se que a supressão do leite materno não impediu o aparecimento de anemia tardia em alguns casos, motivo porque os autores passaram a permitir a amamentação, seguindo, aliás, a opinião dominante nos centros mais adiantados que julgam mais prejudiciais os efeitos da supressão do leite materno do que a possível ação nociva dos anticorpos contidos no leite. Os melhores resultados foram obtidos naqueles casos em que já era conhecida a situação sanguínea materna no pré-natal e o tratamento da criança pôde ser instituído precocemente.

Sessão em 12 setembro 1952

Presidente: Dr. OSWALDO R. DE SOUZA E SILVA

Tetralogia de Fallot. Análise de 16 casos. — Drs. Ariosto Martirani, Fernando Gayotto, Renato Alves de Godoy, Júlio Timoner e Ac. Alberto Amin Sader. Os autores apresentaram o resultado da análise de 16 casos de tetralogia de Fallot, estudados na Clínica Pediátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O estudo constou do exame clínico, eletrocardiográfico e da radioscopia do coração. A angiocardiografia foi realizada em 12 e o cateterismo intracardíaco em 5 casos. Os autores mostraram a fre-

quência dos vários elementos do diagnóstico, ressaltando o valor da radioscopia, a qual, junta com o exame clínico e o eletrocardiograma, permite diagnóstico seguro e orientação terapêutica adequada. Estudaram, depois, o tratamento, salientando as indicações operatórias, os tipos de operação usados, referindo o resultado de 8 casos operados, com 66,6% de sucesso.

Considerações a respeito de dois casos de moléstia celíaca. — Drs. Nuno de Paiva Braga e Oscar Tel-

BIOTERAPIA INESPECÍFICA DAS INFECÇÕES

A LYSO-PYOFORMINE é um solução isotônica de oxidases, lipases, proteases leucocitárias, obtido por processo original de lise, que permite libertar os exo e endofermentos dos glóbulos brancos.



"A vitamina C, pela ação bacteriostática e bactericida, eleva a imunidade, melhorando sempre o prognóstico das infecções".

Bicknell and Prescott

Lyso-Pyiformine C

Caixas com
4 ampolas de 2 cc. de LYSO-PYOFORMINE

4 ampolas de 2 cc. de NEOVIX C 10cg. (Vitamina C, 0,10cg. por ampola)



LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO-ROUSSEL S. A.

RIO DE JANEIRO

SÃO PAULO — Rua Bitencourt Rodrigues, 180 — Caixa Postal 439

xeira. Os autores teceram comentários sobre a moléstia celíaca que tiveram a oportunidade de estudar em dois casos internados na Clínica Pediátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Preferem a definição de Haas, que diz ser esta uma condição vista primariamente na infância, na qual existe diarreia intermitente e desnutrição. Chamaram a atenção para o aparecimento da doença antes dos 12 meses de vida, relacionando o alimentação artificial com o aparecimento de alguns sintomas, tais como a desnutrição, retardo do crescimento, irritabilidade, distensão abdominal e diarreia volumosa e fétida. Quanto à etiopatogenia expuseram a opinião de Frazer, que relaciona a moléstia à absorção de ácidos graxos e à fermentação. O diagnóstico se baseia:

1) na história; 2) na exclusão de outras condições que determinam o aparecimento de sintomas celíacos, como a tuberculose intestinal, fibrose cística do pâncreas, giardíase, etc.; 3) na resposta ao tratamento dietético restringindo hidratos de carbono e, parcialmente, as gorduras, sendo rico em proteicos. Os exames subsidiários usados são: as curvas de absorção de glicose e vitamina A, a dosagem de G fecal e a radiografia contrastada do intestino delgado.

Os autores apresentaram as observações de duas meninas de 1½ e 2 anos, com história e sintomatologia características, tratadas uma pelo regime dietético de Fanconi e ácido fólico, e outra com o "Twenn 80" e dieta de Haas; ambas apresentaram melhoras nítidas.

Sessão em 14 outubro 1952

Presidente: DR. OSWALDO R. DE SOUZA E SILVA

Granuloma eosinófilo tratado pelo ACTH. Estudo clínico-histológico. — Drs. Attilio Zelante Flopi, Lauro Machado de Oliveira, Orlando Infante e Luiz Leopoldo Pedalini. Tratava-se de caso de granuloma eosinófilo do crânio em menina de 5 anos de idade, com exoftalmia unilateral (direito) e tumor se projetando no conduto auditivo externo. A paciente permaneceu 110 dias internada, sem modificação do seu estado. Após ampla curetagem do tumor do conduto auditivo, tendo o exame histológico revelado a natureza, foi notado novo crescimento rápido da massa tumoral. Submetida ao tratamento pelo ACTH (9.100 mg diários), foi verificada, a partir do quinto dia, diminuição progressiva da massa tumoral, sendo notada, ao mesmo tempo, atresia do conduto auditivo e diminuição do exoftalmia. Nova biópsia revelou apenas células histiocitárias, xantomatosas. Após a interrupção do tratamento pelo ACTH foi notada acentuação do exoftalmia, porém a atresia do conduto auditivo foi progressiva, não se observando recidiva da massa tumoral nessa região. A administração de

100 mg de cortisone, por via oral, durante 18 dias, não determinou a alteração do exoftalmia. A administração do ACTH e cortisone foi bem tolerada, não sendo notados distúrbios que determinassem suspensão do tratamento.

Considerações em torno de dois casos de síndrome de Hunter-Hurler. Gargolismo. — Drs. Antonio Branco Lefèvre, Joaquim da Costa Marques, Oswaldo Riedel de Souza Silva e Lygia Bastos Aguiar. Os autores apresentaram dois casos de síndrome de Hunter-Hurler, também denominada lipocondrodistrofia, discutindo o quadro clínico e anátomo-patológico, a etiologia e o diagnóstico diferencial.

Agnesia de pulmão com ectopia cordis. — Drs. Wanderley N. da Silva e Reynaldo Chiaverini. Os autores relataram um caso de agnesia de pulmão com dextroversão do coração. Em vista dos exames radioscópicos, radiográficos e planigráficos não terem esclarecido a posição do coração dentro da caixa torácica, fizeram estudo eletrocardio-

A experiência desvendou a sinergia
funcional do grupo vitamínico β .
Reunir seus elementos racionalmente
é forjar arma segura contra os estados
carenciais deste complexo.



gráfico minucioso. Utilizaram, para isso, todas as derivações usuais e mais algumas em que o eletrodo explorador fora colocado em diferentes pontos da superfície corporal (tórax,

abdome e membros). Na revisão bibliográfica feita registraram 75 casos publicados, sem que se tivesse realizado qualquer estudo eletrocardiográfico.

DEPARTAMENTO DE PROCTOLOGIA

Sessão em 6 julho 1952

Presidente: DR. MILTON CÉSAR RIBEIRO

Retocolite ulcerativa grave. Anomalia patológica. — Dr. Mario Rubens Montenegro. O autor comentou os principais achados anátomo-patológicos da retocolite ulcerativa grave, descrevendo as lesões iniciais caracterizadas por hiperemia da mucosa do reto-sigmóide, acompanhada por edema intenso, ao que se segue o aparecimento de fino pontilhado amarelado; a mucosa se rompe ao nível das áreas amareladas, surgindo pequenas úlceras. A esta fase segue-se a infecção secundária das úlceras, que progredem principalmente na superfície, tendendo a confluir. Nas fases crônicas surge fibrose da parede com estreitamento da luz e encurtamento dos cólons, extensas áreas de ulceração da mucosa e tendência à formação de pseudo-polipos. Tais lesões se iniciam no reto e sigmóide, diminuindo de intensidade à medida que caminham para o ceco, que nem sempre é atingido. Nas fases finais é difícil, do ponto de vista anátomo-patológico isolado, fazer o diagnóstico da lesão.

Contribuição da radiologia no estudo e diagnóstico da colite ulcerativa grave. — Dr. José Moretzsohn de Castro. Os sinais radiológicos da retocolite ulcerativa grave, de etiologia desconhecida, por isso mesmo designada "esencial" ou tipo Wilks-Bargen, não diferem, se considerarmos apenas um segmento do grosso intestino, dos das demais colites ulcerosas e, particularmente, da amebiana e da tuberculosa. Se, entretanto, julgarmos principalmente a localização da moléstia e seu caráter de desenvolvimento do reto para o ceco (direção disto-proximal), poderemos surgir, apenas com o exame radiológico, a

etiologia essencial de uma colite ulcerosa. O diagnóstico seguro, porém, somente pode ser dado pelo proctologista, através da retossigmoidoscopia, com a verificação direta das lesões. No período congestivo da retocolite ulcerativa não existem sinais radiológicos evidentes e apenas aqueles de todos conhecidos, como sejam, edema da mucosa do reto e sigmóide, aspecto irritativo da muscularis mucosae, condicionando um quadro radiológico de "cólon irritável", principalmente do sigmóide, etc. Já no período ulcerativo-hiperplástico o característico é a redução espástica do calibre do grosso intestino nas zonas afetadas e o aspecto pseudo-poliposo da mucosa, entre as ulcerações. Se estas forem micro-ulcerações, aparecerão as imagens em "cabeça de alfinete" e se forem macro-ulcerações, então veremos as deposições (nichos) maiores, entre zonas de hiperplasia. Nesse período não há o aspecto de "tubo rígido", que somente aparecerá na fibrosclerose. De um modo geral pode-se dizer que a amebíase afeta de preferência o ceco e o sigmóide; a tuberculose, o ileo e o ceco; e a retocolite ulcerativa, o reosigmóide. Isso apenas na fase inicial de todas essas afecções cólicas. Nas fases intermediárias ou finais é quase impossível, por vezes, o diagnóstico etiológico somente com o exame radiológico. Do ponto de vista técnico, empregamos sempre no diagnóstico precoce das colites ulcerosas o exame sistemático da região pelve-retal em oblíqua direita de Fischer.

Considerações clínicas e tratamento pelo ACTH da colite ulcerosa grave. Dr. Ariovaldo de Carvalho. O autor

teceu considerações iniciais sobre o conceito atual da colite ulcerosa grave. Como o agente etiológico é desconhecido a sua fisiopatologia também permanece no terreno das hipóteses. Um fato admitido por todos, no entanto, é que os fatores psíquicos, de naturezas diferentes, têm importância fundamental na eclosão dos surtos agudos da doença. As experiências de Wolff e col., em pacientes portadores da doença e de fistulas cólicas, corroboram este ponto de vista. O autor focalizou em seguida a questão das lisozimas, como enzimas mucolíticas, que, aumentando nos surtos da colite ulcerosa, atacam o muco natural da mucosa cólica, desprotegendo-a e expondo-a aos ataques dos germes, com posterior ulceração. Expôs, em seguida, a teoria do "stress" ou agente nocivo, de autoria de Wolff e col., sobre a provável patogenia da colite ulcerosa grave. Entrando, em seguida, na questão do tratamento, citou inicialmente os trabalhos dos mesmos autores, que empregaram unicamente a medicina psicossomática, como terapêutica, em 19 casos, tendo resultados lisonjeiros. Passou, em seguida, a referir os trabalhos aparecidos ultimamente sobre o tratamento da doença pelo ACTH e cortisone. Referiu-se às doses e demais cuidados empregados, às indicações e aos acidentes do método. Halsted e col. têm 15 casos tratados; Elliot e col., 33 casos; Rehfuess, 10 casos e finalmente Palmer, 40 casos; quase sempre os resultados foram favoráveis, com remissões duradouras e melhora do estado geral. Por fim, o autor referiu sua experiência pessoal em três casos, sendo dois internados na 3.^a Clínica Médica do Hospital das Clínicas e um de sua clínica particular: usou o ACTH apenas na dose de 10 mg diariamente, em 500 ml de soro glicosado a 5%, gota a gota na veia numa média de 20 gotas por minuto, durando a aplicação, no mínimo, 8

horas. Com este processo, utilizado por autores americanos no tratamento de outras doenças, acha que os resultados são os mesmos e há possibilidade de menores acidentes. Nos dois primeiros doentes usou série de 0 injeções diárias, num total de 300 mg de ACTH; no terceiro doente, fez uma série de 10 injeções e completou o tratamento com o cortisone por via subcutânea, nas doses usuais; finalmente, tendo melhorado, este doente foi submetido a vagectomia. O autor considera seus resultados idênticos aos dos demais autores e concluiu afirmando que, agora as indicações precisas da cirurgia na colite ulcerosa, o melhor tratamento clínico atual da doença é o da medicina psicossomática associada ao ACTH e cortisone.

Terapêutica cirúrgica da colite ulcerosa. — Dr. Daher E. Cutait. — O autor é de opinião que aproximadamente 30% dos casos de RCUG são da alçada do cirurgião. As indicações cirúrgicas são as seguintes: 1) Eletivas ou obrigatórias (RCUG "in-tratável"; pseudo-polipose; câncer; obstrução por estenose; perfuração); 2) Seletivas ou relativas (RCUG aguda fulminante; hemorragias maciças; manifestações sistêmicas à distância). Os tipos de operação mais frequentemente empregados são: ileostomia; colectomia total com ileostomia simples, com ileostomia de Dragesdt ou ileostomia anal; colectomia subtotal e ileo-retosigmoidostomia; colectomia segmentar (hemicolectomia direita; hemicolectomia esquerda e retossigmoidectomia); neurectomia parassimpática (vagotomia e neurectomia pélvica). Destas, as que melhor correspondem à fisiopatologia da moléstia, são a colectomia total ou segmentar, conforme esteja atingido todo ou parte do intestino grosso. O autor expôs, em seguida, sua experiência de 36 casos cirúrgicos, 16 dos quais foram submetidos a operação, e relatou os resultados obtidos.

Livre seu rosto das horríveis marcas da varíola submetendo-se à vacinação antivariólica. — SNES.

Sessão em 7 julho 1952

Presidente: DR. MILTON CÉSAR RIBEIRO

Etiopatogenia do prurido anal. — Dr. Haroldo de Azevedo Sodré. É um sintoma conseqüente à mais variadas causas. As vezes inicia-se discretamente, aumentando progressivamente de intensidade; outras vezes instala-se abruptamente, com crises violentas. Torna-se insuportável, fazendo desaparecer todas as outras perturbações, ficando como a única e principal queixa e o motivo determinante de todos os padecimentos do doente. Influi sobre o estado geral, provocando grande nervosismo, abatimento físico e moral. O problema do diagnóstico é, freqüentemente, bastante complicado. Alguns autores (Cain, Sidi, Bensaude) dividem os pruridos anais em: primitivo, essencial ou idiopático e secundário. Não concordamos com essa divisão. Tratando-se de um sintoma, o prurido anal não é uma doença e por isso mesmo é sempre secundário a uma causa. Seguimos Buie quando diz: "Não há razão para que se considere o prurido anal como doença de causa desconhecida. Parte da confusão existente é indubitavelmente devida ao grande trabalho para se identificar um agente causador específico desta enfermidade. Não é, apenas, uma hipótese, mas um fato que, em cada caso de prurido, pode ser encontrada uma causa que o explique. Acontece, porém, que não só a paciência do médico como a do doente esgotam-se antes que o agente etiológico seja descoberto". Dividiremos as causas do prurido anal em a) gerais ou indiretas; b) locais ou diretas.

Fatores que predispoem ao aparecimento do prurido anal: a) Constituição, fatores neuropsíquicos; b) Hábitos, vida sedentária; vícios de alimentação com abuso de condimentos e álcool; uso de sabão para "toilette" e de papel áspero; c) Fatores fisiológicos; as secreções glandulares da pele perianal, quer abundantes, quer escassas, modificam o meio, facilitando o desenvolvimento dos germes, que provocariam uma irritação das terminações nervosas, dando origem ao prurido anal. Causas

gerais ou indiretas: a) Doenças pruriginosas (icterícia, leucemia, etc.) provocam pruridos generalizados e muito raramente localizados; b) Diabetes; às vezes é causa de prurido mesmo em doentes compensados; o exame da taxa de açúcar da pele retirada por biópsia estabelece o diagnóstico; c) Sífilis; o prurido anal é encontrado em várias formas da sífilis; a sífilis latente não raro provoca o prurido, sendo o diagnóstico estabelecido sorologicamente e confirmado pela terapêutica; é freqüente o prurido na lues secundária (condiloma plano) da região perianal; certas formas de sífilis nervosa, entre as quais a tabes, podem causar prurido anal; d) Infecções focais; em certos casos graves de prurido, onde a causa não é encontrada, a descoberta de um foco que, eliminado, trouxe a cura do doente, vem mostrar que a infecção focal pode provocar o prurido anal; e) Perturbações endócrinas; na mulher, na ocasião da menopausa, é muito comum o aparecimento do prurido anal; f) Perturbações digestivas que modificam o meio intestinal; diarreia ou constipação; g) Parasitoses intestinais que agiriam provocando modificação da consistência e da reação das fezes que, assim, irritariam as terminações nervosas da pele do ânus; h) Alergia; ela se apresenta de duas maneiras: localização anal de um estado alérgico (neste caso não é raro encontrarmos no doente outras manifestações alérgicas como eczema; asma, etc.) e pelo contacto da pele do ânus com o alérgeno eliminado pelas fezes (dermatite por contacto); os fatores locais ou diretos são os mais freqüentes; nestes casos, o exame proctológico demonstra a causa e indica a terapêutica. Lesões ano-retais: plicomas, fístulas, criptites, papilites, rectites, infecções da pele do ânus (lues, blenorragia, infecções por germes piógenos), micoses da região perianal, vermes (oxyurus, tênia); na mulher é comum o prurido conseqüente a vulvovaginites, causado pela secreção que irritaria a pele do ânus.

**NAS AFECÇÕES CRÔNICAS E AGUDAS
DO FÍGADO, RESPECTIVAMENTE,
HEPATOXIDIN E NIACINAMIDA
PINHEIROS**

**NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO
DA ARTERIOSCLEROSE,
P. O. L.
(PRINCÍPIOS OXI-LIPOTRÓPICOS)
PINHEIROS**

Há várias teorias patogênicas: cerebrospinal, humoral ou simpática, da excitação dos nervos sensitivos libertando histamina, infecções e teoria mecânica (traumatismo das fezes duras; edema da pele do ânus pela estase nas veias hemorroidárias externas). O autor concluiu estar de acordo com Maurice Roux quando diz que não é impossível conciliar em parte todas essas teorias em aparência tão contraditórias. Quer as causas do prurido sejam gerais, quer viscerais ou locais, elas agem, modificando o terreno, sensibilizando o organismo, provocando estase e infecção. Todos esses fenômenos podem ser a origem de uma verdadeira irritação das terminações nervosas, de um desequilíbrio neurovegetativo, com choque humoral, de uma excitação das fibras sensitivas do sistema simpático com liberação de histamina. Todos eles se traduzem objetivamente pelo prurido e "gratage". O traumatismo local cria, então, complicações cutâneas (mecânicas mesmo que as causas iniciais tenham desaparecido. Um terreno neurotônico especial predispõe a essas perturbações que podem levar a um verdadeiro estado psicopático.

Tratamento clínico e cirúrgico do prurido anal. — Dr. Pedro de Souza Campos Filho. O autor abordou inicialmente o tratamento clínico, achando estar subordinado a exame físico geral e aprimorado, cuidadoso exame proctológico, não dispensando os exames subsidiários (deverendo ser feita a reação de Wassermann sistematicamente) e os exames auxiliares (clínico, dermatológico, gastroenterológico e neuropsiquiátrico). *Tratamento geral:* a) Sobre o sistema nervoso: afastamento dos estados de tensão, das neuroses de angústia; para isso preconizou o uso de cálcio, bromo e hipossulfito de magnésio; deve-se fazer sedação adequada, combater a insônia; os opiáceos são proscritos; procurar obter integralmente a cooperação do paciente. b) Anti-alérgicos, substâncias anti-histamínicas. c) Funcionamento intestinal: necessidade de corrigir as dispepsias. d) Corrigir o suor excessivo. e) Prescrever regime alimentar, afastando ali-

mento alergizante, diminuindo o uso de hidrocarbonados, evitando condimentos e bebidas alcoólicas; o regime varia com os autores e Martin indica dieta com alto teor calórico e vitamínico. f) Tratamento hormonal, quando há indicação precisa. *Tratamento local:* Ensinar aos pacientes a manter higiene cuidadosa da pele do ânus. Todos os autores são unânimes em considerar o algodão como melhor elemento para realização da limpeza. Swinton e Fromer preconizam, na Lahey Clinic, uma forma de tratamento em 3 etapas: 1) Banhos de assento em solução de permanganato de potássio (65 mg solução a 1% de fenol em loção de calamina. 3) Em casos mais graves: hospitalização, fazendo-se lentamente na veia, a 0,2% de procaina, para interromper o arco reflexo. Associar ao mesmo tempo comprimidos de Promestyl (procainamida) e, localmente, usar solução de Burrow e tintura carbocufusina de Castellani com ou sem resorcinol. Tratamento por injeções locais: o autor fez a descrição e criticou o tratamento por injeções de álcool, de ácido clorídrico (em solução a 1:3000), dos óleos anestésicos (solução A.B.A. de Gabriel, nupercaina em óleo de Gabriel, anucaína de Gorsch, benacol de Yeomans), da solução de cloridrato duplo de quinina e uréia, de água destilada, de iso-amil-hidrocupreína (Encupin), das injeções subcutâneas de oxigênio, das vacinas autógenas, da solução de Tashian, injeções de histamina, de extrato leucocitário e de hemoglobina. O autor, em seguida, descreveu o tratamento pela tatuagem com sulfureto de mercúrio, que parece ter efeito degenerativo sobre os nervos sensitivos. São feitas considerações sobre o tratamento por ionização com sais de zinco, mercúrio, iodo e cobre, sobre eletrodissecção e sobre radioterapia. *Tratamento cirúrgico:* Numerosos autores indicam a intervenção sobre os fatores causais: hemorroidas, criptite, plicomas. O autor não admite que essas lesões sejam causa de prurido e cita Frankfeldt que, em 1948, em cuidadoso trabalho afirmou não serem as lesões comuns do canal anal capazes de provocar o

VITAMINA - P
(RUTINA)

VITAMINA - C
(ÁCIDO ASCÓRBICO)

VITAMINA - K
(MENADIONA)

Flavonil drágeas



Poderosa associação
vitamínica na
terapêutica da:
FRAGILIDADE CAPILAR
HIPERTENSÃO ARTERIAL
ESTADOS HEMORRÁGICOS

LABORATÓRIO XAVIER

JOÃO GOMES XAVIER & Cia. Ltda.

Rua Tamandaré, 984 — Rua Tamandaré, 553 — SÃO PAULO — BRASIL

Representantes nos demais Estados.

Depósitos { Rio de Janeiro
Porto Alegre
Belo Horizonte
Curitiba

Consultores científicos:

Prof. Dr. Dorival da Fonseca Ribeiro
Prof. Dr. Genesio Pacheco

prurido. Fundamentalmente existem duas técnicas, com numerosas variantes: 1) Renovação da pele do ânus, total ou parcial; há o perigo de infecções secundárias e retrações. Os principais processos dentro desse tipo são os seguintes: renovação elíptica de Hertzler, processo de Young e Scott, processo de Mannheim e Druckermann. 2) Secção dos nervos sensitivos (processo de Ball, Martin, Krouse, Lych, Montagne, etc.). Há processos em que são combinadas as duas técnicas, sendo os principais o de Kallest (mais antigo) e o de Kratzer, apresentado na última reunião da Sociedade Americana de Proctologia, em novembro de 1951; esse autor fez a ressecção do segmento de pele, em duas sessões operatórias, com resultados bons em 61,3% dentre 73 casos operados. Em seguida o autor apresentou a orientação seguida na Clínica Proctológica do Hospital Municipal, sob sua chefia: lembrou a grande importância do estudo do pH da pele do ânus e das bactérias e cogumelos que aí se podem estabelecer. O pH, naquela Clínica, é pesquisado por meio do papel de nitrazina, sendo feita a pesquisa na pele do ânus e na mucosa do reto. Os resultados têm sido sempre uniformes, mostrando meio alcalino mais ou menos intenso conforme os doentes. Partindo do princípio de que fezes alcalinas são capazes de sensibilizar a pele do ânus, procura-se estabelecer um tratamento: 1) indicando dieta alimentar e uso de medicamentos no sentido de se obter acidificação das fezes; 2) prescreve-se o uso de substâncias fungicidas, para afastar principalmente as monílias, sempre presentes quando o prurido sobrevém após o uso de antibióticos (cloranfenicol, aureomicina ou terra-

micina); 3) indica-se o uso local de desensibilizantes, tendo sido bons os resultados obtidos com o cloridrato do éter dimetilaminoetilbenzidrílico em excipiente não gorduroso, hidrossolúvel (Benadryl [pomada]); 33 pacientes, tratados dessa maneira, têm-se apresentado perfeitamente bem, embora permaneçam em observação para melhor juízo do tratamento.

Radioterapia do prurido anal. — Dr. Nelson de Carvalho (convidado). O autor empresta à radioterapia um valor de cura sintomática; devem ser excluídas todas as formas secundárias, empregando-a apenas nas formas ditas essenciais. Apesar do método ser empregado desde 1902, seu mecanismo de ação é ainda obscuro. As suposições mais aceitas são: 1) que a irradiação atue sobre o processo inflamatório das fibrilas sensoriais inibindo a proliferação das células que a comprimem e irritam; 2) que a irradiação, possuindo uma ação anti-histamínica local, atue como desensibilizante alérgico; 3) que a irradiação, fazendo baixar o pH, modifique o estado local no sentido da acidez, favorecendo a desensibilização das fibrilas sensoriais. O autor discutiu diferentes técnicas de aplicação, optando pela irradiação moderadamente filtrada, orientando os raios no sentido paralelo à coluna, com o paciente em posição semi-genupeitoral, num total de 4 aplicações de 100 r no ar em campo de 10 x 10. Fez um estudo pormenorizado de sua casuística, cujo resumo é o seguinte: total de casos, 109; controlados, 85; resultados favoráveis, 67 casos (78,8%); resultados negativos, 18 casos (21,2%); recidivas, 22 casos (32,8%); novo tratamento favorável, 17 casos (68%), negativo, 7 casos (32%).

Sessão em 6 agosto 1952

Presidente: Dr. EDISON de OLIVEIRA

Algumas considerações em torno da proctologia. — Prof. Antonio de Almeida Prado (convidado). O autor fez inicialmente um paralelo entre as relações da medicina com a

proctologia. Fez referência da especialização em suas relações com o ensino médico e com a prática médica. Estudou as moléstias específicas com aspecto local evidente: sí-

NOVIDADE!

BELPAR

Codeína (fosfato) . . . 0,02 g.
Papaverina (cloridrato) . . . 0,02 g.
Atropina (sulfato) . . . 0,0001 g.
Excipiente q. s. p. um comprimido.

comprimidos

**agora uma nova forma
complementar de**

Belpar
gotas



**TOSSES
E
DORES
ESPASMÓDICAS**

Codeína (fosfato) . . 0,02 g.
Papaverina (cloridrato) 0,005 g.
Atropina (sulfato) . . 0,0001 g.
Excipiente q. s. p. . . 1 cm³

LABORATÓRIOS ENILA S. A. - RUA RIACHUELO, 242 - C. P. 484 - RIO
FILIAIS: R. MARQUES DE ITÚ, 202 - S. PAULO - RUA GUARANÍ, 135 - BELO HORIZONTE
AV. INDEPENDÊNCIA, 514 - PORTO ALEGRE
AGENCIAS E DEPOSITOS EM TODOS OS ESTADOS

filis, blenorragia, tuberculose, linfogranuloma venéreo, esquistossomose. Fêz considerações sobre a colite ulcerosa crônica. Após breve histórico da anestesia, estudou a anestesia em proctologia. Relembrou os trabalhos e o valor do grande cirurgião Luis Pereira Barreto.

Tratamento cirúrgico das hemorroidas. — Dr. Adalberto Leite Ferraz. O autor traçou inicialmente o plano de seu trabalho, tecendo considerações sobre as bases anatômico-clínicas que norteiam a orientação do tratamento das hemorroidas. Citou as diferentes causas predisponentes e determinantes do aparecimento dessa afecção, ao mesmo tempo que fez menção sobre o Pecten de Miles, detendo-se na citação dos conceitos contrários a respeito, lembrando os trabalhos de Edison de Oliveira e de Mafei nesse particular. A seguir, citou as técnicas mais empregadas para a cura cirúrgica das hemorroidas, referindo as de Whitehead, de Earle, e de Salmon e Allingham e finalmente a modificação proposta por Milling e Morgan, para este último processo. Afirmou, a seguir, sua predileção pela técnica de Salmon-Allingham, traçando as normas de sua orientação resumindo-as em 13 itens, a saber: exame cuidadoso do paciente, com complemento radiológico, quando necessário; escolha do tratamento; escolhido o tratamento cirúrgico, avaliação das condições somáticas do doente, com exames complementares de urina, sangue, tempos de sangria e de coagulação; pré-operatório com dieta e lavagem intestinal, não sendo utilizados purgativos ou constipantes; colocação do paciente na posição de pronação, com mesa flexionada; apli-

cação do afastador de Helfrick-Ferraz; antisepsia da região e anestesia local, hemorroidectomia a Salmon-Allingham para os mamilos primários, tratando-se os secundários pelo processo de Earle ou da exérese simples; miotomia posterior para os casos de entrijecimento do canal; antisepsia final; anestesia de demora pela proctocaina, nos casos de hipertonia do esfíncter, curativo com gaze vaselinada; pós-operatório com levantar precoce, retirada da gaze no segundo dia e dilatação digital diária a partir do quinto dia.

Orientação na indicação das hemorroidas. — Dr. Milton César Ribéiro. Após breves considerações sobre a classificação das hemorroidas, expôs o autor a orientação seguida no Serviço de Proctologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Explanou as três condutas fundamentais de tratamento: paliativo, de expectativa; esclerosante; cirúrgico. Nas hemorroidas externas, quando sintomáticas, indica o tratamento cirúrgico. Nas hemorroidas internas, orienta a terapêutica conforme se trate de hemorróida interna de 1.º, 2.º ou 3.º grau. Afirmou dar ótimos resultados o tratamento esclerosante nas hemorroidas de 1.º grau; as de 2.º grau podem ser tratadas, seja por esclerose, seja por cirurgia, sendo a orientação tomada pelo julgamento da intensidade do caso e pelos desejos do paciente. As hemorroidas de 3.º grau são de alçada exclusiva da cirurgia. Expôs as contra-indicações do tratamento esclerosante: fissuras, fístulas, retites, etc. Nos casos de componente trombótico, grandes ou pequenos, dá sempre orientação clínica ao tratamento. Nas hemorroidas mistas, indica a cirurgia.

DEPARTAMENTO DE TISIOLOGIA

Sessão em 10 junho 1952

Presidente: Dr. AMÉRICO ANTÔNIO PADULA

Simpósio sobre a ação da hidrazina do ácido isonicotínico na tuberculose pulmonar. — Dr. Mozart Tavares de Lima Filho. O autor classificou seus

doentes em: a) casos passíveis de tratamento somente pela hidrazina; b) casos em que falharam a estreptomicina, o PAS e a colapsoterapia cirúrgica.

ZOOLOGIA



Euperistal

EUPERISTAL

(NEOSTIGMINA)

. . . de ação parasimpatomimética,
agindo também na junção mio-neural.

Fórmulas:

Ampólas

Metilsulfato de 3-dimetilcarbamoxifeniltrimetil amônio . . 0,5 mg
Água destilada q. s. p. . . 1,1 cm³

Comprimidos

Brometo de dimetilcarbamato
(m-Hidroxifenil) trimetilamonio 0,015 g
Excipiente . . q. s. p. . . 0,236 g

Indicações terapêuticas

Na miastenia grave. Atonia intestinal, constipação
atônica rebelde e retenção urinária pos-operatória.



PRAVAZ, LABORATÓRIOS S. A.

RUA JANDAIA, 20 e 30 — SÃO PAULO — BRASIL

gica; c) casos com lesões preferentemente exsudativas. A duração do tratamento foi de 30 a 45 dias, a dose empregada de 100 a 200 mg ao dia. Concluiu o seguinte: "As observações em curso no Hospital do Mandaqui dão a impressão de que os derivados do ácido isonicotínico por nós usados (Nirazid e Nicotibina) apresentam na verdade um efeito surpreendente sobre a tuberculose pulmonar, em especial sobre as manifestações gerais. Sua ação se fez sentir mais evidentemente sobre a sintomatologia e sobre o peso do tuberculoso. Digno de nota é o desaparecimento dos bacilos ácido-resistentes nos exames diretos das secreções brônquicas ou gástricas dos pacientes. Se este fato se deve apenas a uma diminuição das secreções bacilíferas, tornando-as paucibacilares, sendo então os bacilos só evidenciados pela inoculação e cultura; ou se de fato existe uma ação direta sobre o bacilo, destruindo-o, ou interrompendo seu desenvolvimento, não podemos dizer. As modificações radiológicas por nós verificadas foram discretas na maioria dos casos. A seleção dos nossos casos foi, porém, fracamente desfavorável a qualquer terapêutica. Contudo, alguns dos casos por nós observados sugerem que o medicamento terá ação rápida nos casos de lesões menos avançadas. O valor da droga em relação à estreptomomicina só poderá ser firmado após longo período de observação. De qualquer forma, é inegável que estamos diante de um medicamento de grande ação sobre a tuberculose".

Dr. Benedito José Fleury de Oliveira. — O autor apresentou as observações dos doentes do Hospital de Jaçanã. Excusou-se o mesmo de entrar em pormenores sobre o critério de indicações, por ser semelhante ao do Dr. Mozart Tavares de Lima Filho. Os casos observados são de doentes com formas avançadas, sem outro recurso terapêutico. Levou em consideração somente 32 doentes em tratamento, dos quais 20 tinham 2 meses de observação e 12, um mês apenas. Para o relator, as doses empregadas (2 a 5 mg por quilo de peso) são boas; não houve manifestações tóxicas. Os medicamentos em-

pregados foram a Tizida e a Nicotibina, com resultado semelhante. Verificou que o tratamento não dispensou, até o momento, o ato cirúrgico. Guarda a impressão de que a melhor indicação terapêutica das hidrazidas está nas formas recentes, exsudativas; nas demais formas, somente com o tempo se terá uma observação mais completa.

Dr. José Rosemberg. — O autor apresentou os resultados nos casos estudados em equipe no Instituto Clemente Ferreira; 14 receberam o Nydradid e 10, o Rimifon. Na sua maioria, os casos são de pacientes que tomaram estreptomomicina em doses de 30 a 160 g, enviados ao PAS, com sua estreptomomicino-resistência determinada. A dose ministrada foi de 200 mg ao dia; o tempo do tratamento variou de 4 semanas a 3 meses. A observação mostrou que a ação do medicamento se faz sentir nas primeiras semanas principalmente sobre o estado geral, havendo apreciável aumento de peso, e ação sobre sintomas como suores noturnos, insônia, dispnéia, etc., apreciável melhora da tosse e do volume da expectoração. Os dados de laboratório foram também observados, a hemossedimentação mostrou baixa, geralmente acompanhando a redução da caverna, o hemograma mostrando melhora do desvio para a esquerda e da relação linfo-monocitária. O autor concluiu que: a) as hidrazidas são de ação mais rápida que a estreptomomicina, nos sintomas toxêmicos; b) têm grande ação sobre as lesões exsudativas; c) atuam sobre o brônquio de drenagem; d) é provável que a associação da droga aos antibióticos e quimioterápicos existentes dará maior elasticidade ao tratamento de doentes em dispensário; e) as pesquisas demonstraram existir hidrazina-resistência; f) somente o tempo confirmará melhores conclusões.

Dr. Radyr de Queiroz. — O autor apresentou o relatório dos "Sanatorinhos" de Campos do Jordão, composto de 50 casos. Suas conclusões são as mesmas dos relatores anterior-

res. Cita, todavia, as observações de seu correlator, Dr. Hilson Vieira de Souza, sobre a ação das hidrazinas sobre o bacilo de Koch, alterando sua morfologia, como na diminuição do número dos mesmos nos exames dos escarros sucessivos, durante o tratamento. Entre seus casos, destacaram-se dois, de pacientes com tuberculose miliar, em que houve regressão radical.

Dr. Febus Gikovate. — O autor apresentou os casos observados e tratados pelo Nydrazid, em número de 10, na Cruzada Bandeirante Contra a Tuberculose; b) queda da temperatura; c) baciloscopia em 50% dos casos; d) baixa tardia da hemossedimentação; no hemograma, eosinofilia progressiva; e) alterações radiológicas — 50% presentes e mais tardias que os outros sinais; f) tolerância boa; taquicardia com a queda da temperatura; g) é uma substância ativa, mas sujeita à hidrazido-risistência, pelo que aconselhou sua associação com os antibióticos conhecidos, a título de experiência.

Dr. Amaury Veloso. — O autor relatou suas observações sobre 50 doentes do Sanatório Vicentina Ara-

nha. Os resultados a que chegou levaram-no às mesmas conclusões de seus colegas. Todavia, apontou os ótimos resultados nos casos de drenagem cavitária, reduzindo a secreção.

Conclusões baseadas em 200 casos relatados no Simpósio. — 1) As hidrazinas do ácido isonicotínico possuem realmente ação terapêutica sobre determinadas formas de tuberculose; 2) Somente a observação mais prolongada poderá informar da real extensão e significação dos resultados benéficos já verificados; 3) Há indícios seguros de que o bacilo da tuberculose pode tornar-se resistente à droga; por isso, será condenável o emprego indiscriminado, para que, a exemplo do que ocorreu com a estreptomicina, não haja prejuízo para o enfermo; 4) Até o momento nada há que leve à subestimação dos métodos clássicos do tratamento da doença, bem como o afrouxamento das medidas de profilaxia fundamentais ao combate à tuberculose; 5) Embora se trate de uma medicação que pode ser desde já incluída no arsenal terapêutico da tuberculose, não se justificam notícias que levem a falso conceito, prejudicial aos doentes e à coletividade.

Sessão em 23 junho 1952

Presidente: Dr. AMÉRICO ANTÔNIO PADULA

Perfuração de gânglios em brônquio na tuberculose pulmonar do adulto. — Drs. Mozart Tavares de Lima-Filho e Daud Abuchalla. Os autores fizeram inicialmente uma revisão bibliográfica do assunto, mostrando a raridade com que esta eventualidade era diagnosticada. A grande maioria dos casos relatados, cerca de 90% na opinião de alguns autores, até 20 anos atrás eram em crianças na vigência da primoinfecção, caracterizados sempre por quadros agudos asfíxicos, geralmente de êxito letal e cujo diagnóstico era firmado em mesa de autópsia. As comprovações anátomo-patológicas de Roessle, Terplan e Schwartz, evidenciaram o fato, não só em crianças, mas também em adultos. O problema

das alterações bronquiais é discutido à luz dos conhecimentos introduzidos pela broncoscopia, devidos principalmente à escola francesa com Mounier-Kuhn e col. à frente, mostrando essas alterações decorrentes das adenopatias. Os autores teceram considerações em torno dos estudos tomográficos, que permitiram melhor conhecimento da árvore brônquica em porções não atingíveis pela broncoscopia, bem como o estudo radiológico das imagens decorrentes destas perfurações. Apresentaram em seguida, três casos, discutindo a sintomatologia, resultados laboratoriais, radiológicos e evolução clínica e terapêutica. Concluíram por achar que a freqüência em adultos no nosso meio não deve ser desprezível,

PRÊMIO NESTLÉ

DE PEDIATRIA E PUERICULTURA

PARA 1953

Sob os auspícios da Sociedade Brasileira de Pediatria, a Companhia Industrial e Comercial Brasileira de Produtos Alimentares institui o Prêmio NESTLÉ de Pediatria e Puericultura para 1953, com a dotação de:

Cr\$ 60.000,00

sendo Cr\$ 30.000,00 para o melhor trabalho sobre o tema:

"As anemias alimentares da criança e possíveis recursos dietéticos brasileiros na sua prevenção"

e Cr\$ 30.000,00 para o melhor trabalho sobre um tema de livre escolha, compreendido no âmbito da Pediatria e Puericultura.

A Banca Julgadora ainda poderá conceder, no máximo, três menções honrosas a trabalhos não premiados, mas dignos de nota, e cada um dos autores receberá a importância de Cr\$ 5.000,00

PEÇA O REGULAMENTO AO
SERVIÇO DE INFORMAÇÃO MÉDICA DOS PRODUTOS



CAIXA POSTAL 760 — RIO DE JANEIRO

Os trabalhos serão recebidos até 31 de dezembro de 1953

quer pelo número de primoinfecções tardias, como pelas reinfecções a partir de adenopatias hilares, verificações estas frequentes pelo aumento das imagens hilares verificadas radiologicamente.

Comentários: Dr. Mario Vitor Lotufo — Estou acostumado a ver, em crianças, grandes esvaziamentos de gânglio em brônquio, o mesmo não es dando com os adultos, o que atribuo a que a atenção não tenha sido dirigida para tal. Vários casos como esses já deveriam ter sido diagnosticados nos diversos Serviços de Tisiologia.

O controle do comunicante do tuberculoso pelo Dispensário do Ipiranga. — Drs. Mozart Tavares de Lima Filho, Oscar Ugolini, Abuchalla e Nelson Alfredo Matteis Garrafa. Os autores procuraram salientar o valor do exame do comunicante do tuberculoso na descoberta de novos doentes e demonstrar o papel do controle do doente pelo Dispensário. Analisaram os resultados dos comunicantes de 159 tuberculosos, controlados pelo Dispensário do Ipiranga. Expuseram a técnica de visita domiciliar por meio de educadora sanitária, a qual tem por finalidades principais isolar o paciente, educar o ambiente domiciliar, vacinar com o BCG os comunicantes, e por fim trazê-los para fazer radiografia do tórax periódicamente. Fizaram uma análise dos focos quanto à forma radiológica e baciloscopia e chega-

ram às conclusões seguintes: 1) Grandes dificuldades encontra o Dispensário ao tentar examinar os comunicantes. Assim, conseguiram examinar apenas 617 de um total de 959 comunicantes dos focos estudados (64,34%). Neste grupo foram encontrados 80 casos com prováveis lesões tuberculosas ativas ao exame radiológico (12,96%). A percentagem encontrada no ano de 1951 (31.453 pessoas examinadas pelo Dispensário) foi de 4,82%. 2) Considerando o tempo em que foram realizados os exames em relação ao conhecimento do foco, verificaram que, embora o maior número de doentes apareça logo após o conhecimento do foco, eles continuam a aparecer, mesmo pasados alguns anos. Isto mostra a necessidade do exame periódico dos comunicantes, que não devem ser perdidos de vista pelo Dispensário. 3) A percentagem de lesões encontradas foi idêntica nos comunicantes de focos descobertos pelo Dispensário e dos focos que já tinham conhecimento da doença, apesar de uma grande percentagem destes (mais de 50%) já apresentar exames negativos para bacilo de Koch. 4) Finalmente, comparando a percentagem de lesões nos comunicantes dos focos isolados (8,82%) e não isolados (14,54%), os autores chamaram a atenção para o valor do controle domiciliar e do isolamento do doente no seu domicílio, medida que o Dispensário é obrigado a adotar, em virtude da falta de leitos com que se debate.

Sessão em 23 julho 1952

Presidente: Dr. AMÉRICO ANTÔNIO PADULA

A enzimoterapia na tuberculose. Seu emprego no pneumotórax extrapleural e empiema. — Drs. B. J. Fleury de Oliveira, Durval Z. Amorim e Virgílio Martins. Os autores empregaram, como coadjuvante terapêutico, preparados bioquímicos dos estreptococos hemolíticos, conforme os trabalhos de Fillet e col., os quais estudaram a reação quantitativa e qualificativa das enzimas extracelulares por eles elaboradas. As enzi-

mas aproveitadas para fins terapêuticos são: estreptoquinase e estreptodornase, que respectivamente promovem a lise da fibrina e a fluidificação do pus. Citaram a pesquisa de autores americanos com relação ao mecanismo de ação dessas enzimas. Teceram comentários sobre os vários procedimentos cirúrgicos. Os autores se utilizaram do preparado "Varidase", fornecido pelo Laboratório Lederle, em 12 casos no Hospital São

Novo Hematínico Terapêutico Oral!



RUBRAGRAN é um verdadeiro hematínico terapêutico, fornecendo doses elevadas dos quatro fatores fundamentais para a produção normal dos glóbulos vermelhos.

Fórmula do RUBRAGRAN:

	1 Cápsula fornece:	1 Cápsula três vezes ao dia fornece:
Vitamina B ₁₂	25 mcg	75 mcg
Ácido Fólico	1,67 mg	5 mg
Ácido Ascórbico	100 mg	300 mg
Ferro (elementar)	67 mg	200 mg
como sulfato ferroso exsic.	230 mg	690 mg
Fígado Dessecado (como agente estabilizante)	100 mg	300 mg

Tubos com 25 e 100 cápsulas

A anemia perniciosa Addisoniana não deve ser tratada com preparados orais. Deve-se usar a Rubramina, o Rulivan e Injeções de Fígado por via parenteral.

SQUIBB

"RUBRAGRAN", "RULIVAN", "RUBRAMINA" são nomes registrados por E. R. SQUIBB & SONS

Luis Gonzaga, em Jacaná. Em 9 casos tratava-se de pneumotórax extrapleural, um de empiema pleural misto tuberculoso e 2 eram de empiemas em pacientes pneumonectomizados por supuração pulmonar. Em 4 casos de pneumotórax extrapleural com hemotórax estéril e coágulos, obtiveram dois resultados bons e dois resultados parciais. Em 4 casos de pneumotórax extrapleural com sínfise progressiva, obtiveram dois resultados bons e dois resultados nulos devido ao emprêgo tardio do medicamento. Em um caso de empiema misto no decurso do tratamento pelo pneumotórax e nos 2 empiemas pós-pneumonectomia por supuração, o resultado foi bom, tendo-se processado a cura; em um caso de pneumotórax extrapleural com loja supurada o resultado foi nulo. Todos os pacientes tiveram forte reação térmica, dores torácicas, cefaléia, arrepios de frio, etc., que cesaram nas primeiras 24 horas subsequentes, e após a punção da loja. Não ocorreram acidentes graves, a não ser em um dos casos de pneumotórax extrapleural, em que o emprêgo foi muito precoce. Os autores relataram a técnica e as doses empregadas e concluíram que, embora seja pequena sua experiência para conclusões reais, puderam, no entanto, se convencer da utilidade do emprêgo da enzimoterapia. Partindo do fato de que realmente a enzimoterapia preenche os fins para os quais proposta, fizeram as seguintes sugestões: 1) Emprêgo sistemático no pneumotórax extrapleural, desde que haja coágulos, podendo advir como vantagens de tal conduta, a consecução de uma loja estável requerida pelo clínico e realizada pelo cirurgião, e a obtenção (suposição teórica) de um tipo de pneumotórax extrapleural de côto mais móvel, visto que será evitado em espessamento extra-fascial pronunciado. 2) O emprêgo da enzimoterapia também nas sínfises agudas que se verificam muitas vezes precocemente no derrame pleural sero-fibrinoso, no curso do tratamento pelo pneumotórax com conseqüente perda da loja. 3) O emprêgo da enzimoterapia em todos os casos de empiema antes de ser tentada a drenagem cirúrgica. Assim procedendo,

seria combatida mais eficientemente a infecção e o espessamento pleural que imobiliza e parede do torax e o pulmão.

Comentários: Dr. Mario Faro — Usei a Varidase em 6 casos, os quais foram selecionados tendo-se em conta a fistula brônquica, já que a literatura sobre o assunto contra-indicava seu emprêgo nos casos de fistula aberta ou recentemente fechada. Observei a fluidificação do material empiemático em início, após o que houve reexpansão pulmonar. Cessado o tratamento, o aspecto do líquido voltava ao que era antes.

Dr. Paulo Vilhena de Moraes: Peço esclarecimento sobre um caso de fistula citado pelo relator. Outra indicação da Varidase é para o hemotórax surgido após pneumotórax espontâneo; tive um caso em que a Varidase dissolveu os coágulos sanguíneos, reabrindo a fistula pleuro-pulmonar.

Dr. Américo Antônio Padula: Na Secção de Cirurgia do Mandaqui, tenho visto a deficiência do extrapleural, porque sobrevivem hemotórax que leva à perda da bolsa. Os resultados no Mandaqui são de modo geral bons, e as manifestações são semelhantes às do relator. Não entendi a questão da aplicação da Varidase nos casos de sínfise pulmonar.

Dr. B. J. Fleury de Oliveira: A Varidase tem esse handicap: pode reabrir uma perfuração. O certo é que não sabemos exatamente quando a fibrina se transforma em colágeno. Tive um caso de hemotórax pós-pneumotórax traumático no Hospital das Clínicas, tratado por Varidase, em que houve dissolução coágulo e reabertura da fistula. Quanto às fistulas, não vi contra-indicação formal. A Varidase determina uma ação neutralizadora, de modo que as reações iniciais são exuberantes e depois as sucessivas são fracas. Com respeito à dúvida formulada pelo Dr. Américo Antônio Padula, suponho que a fibrina do fundo de saco pode ser dissolvida, e assim ter-se-á algo contra a sínfise.

Dr. Durval Z. Amorim: Tive dois casos de empiema inespecífico com



A procedência do produto
é garantia
para o médico e para o doente

fiístula, em que os resultados foram bons. Em um outro, de etiologia tuberculosa, houve limpeza da loja, naturalmente com o auxílio dos anti-

bióticos. Acho ótima a aplicação de Varidase no pneumotórax extrapleural. A indicação não deve ser nem tardia; nem precoce e sim oportuna.

Sessão em 26 agosto 1952

Presidente: Dr. AMÉRICO ANTÔNIO PADULA

Sobre um caso presumível de sífilis pulmonar. — Dr. Adel Guimarães Barbosa. A sífilis pulmonar do adulto é muito discutível quanto à sua frequência. Rara para uns, ela é frequente para outros. Esta diversidade de opinião parece-nos devida às dificuldades de diagnóstico. Nas lesões terciárias da sífilis pulmonar em regra não são encontrados treponemas. Para os anátomo-patologistas em geral, a sífilis terciária é rara. Na clínica têm aparecido com frequência trabalhos com casuísticas numerosas. O diagnóstico clínico baseado sobretudo na prova terapêutica, além dos sintomas e história clínica. Histologicamente, não há alterações específicas pelas quais se possa afirmar o diagnóstico de sífilis pulmonar no adulto, pois muitas outras pneumopatias crônicas podem oferecer quadro idêntico ao que pretendem alguns anatomistas atribuir à sífilis. No recém-nascido sífilítico, na "pneumonia alba", o diagnóstico é fácil, pois os treponemas são abundantes. O autor apresentou o caso de uma senhora que, além da sintomatologia pulmonar, vinha tendo uma febrícula e emagrecimento. Todos os exames em relação à tuberculose pulmonar foram repetidos e prolongados quase durante um mês, sendo negativos, inclusive a reação de Mantoux. Todas as outras pesquisas para pneumopatias específicas foram negativas. Não havia eosinofilia. Discreta leucocitose. As reações sorológicas para sí-

filis foram fortemente positivas. Na radiografia havia uma imagem redonda, situada no ápice do lóbulo inferior. O tratamento específico foi feito exclusivamente pelo Neosalvarsan, o qual em poucas semanas fez desaparecer toda a sintomatologia subjetiva, com aumento de peso. Mais tarde, o tratamento foi continuado pelo bismuto. A imagem radiológica começou a regredir lentamente e, no fim de um ano de tratamento, restava um pequeno nódulo cicatricial. Tratava-se de uma goma sífilítica, com as reservas que as dificuldades de diagnóstico impõem, motivo pelo qual o autor chamou o caso de presumível. A forma gomosa de sífilis do pulmão é tida como mais rara.

Comentários: Dr. Mozart Tavares de Lima Filho — No caso presente considero apenas uma sombra pulmonar que desapareceu com o tratamento pelos arsenicais. Indago se o Mantoux foi repetido e se o hemograma não acusou a existência de um processo supurativo.

Dr. Américo Antônio Padula: O Prof. W. Büngeler citou um caso de sífilis pulmonar confirmada pela autópsia, no Egito.

Dr. Guimarães Barbosa: Procedi ao Mantoux e hemograma na primeira etapa de diagnóstico somente; quanto aos arsenicais, não os considero capazes de curar pneumopatias que não sejam de etiologia luética.

DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Sessão em 28 julho 1952

Presidente: Dr. MAURO CÂNDIDO DE SOUZA DIAS

Infecção focal em otorrinolaringologia. — Dr. A. Oliveira Lima (Rio de Janeiro). O autor, após referir as

diversas teorias da infecção focal, chama a atenção para o fato, por demais comprovado, do fracasso fre-

quente da amigdalectomia na terapêutica das moléstias focais. Estudando cerca de 3.000 amígdalas e a flora residual da faringe pós-amigdalectomia, concluiu que a simples extirpação do órgão não eliminava da faringe o estreptococo responsável pela moléstia focal; a eliminação da amígdala não parece suficiente, já que se pode encontrar o germe nos outros elementos do anel de Waldeyer. Não sendo possível eliminar cirurgicamente todo o anel de Waldeyer o único processo seguro para obter a cura da moléstia focal seria associar à cirurgia das amígdalas palatinas e faríngea a dessensibilização do paciente para o estreptococo, admitindo-se como alérgica a moléstia focal. Para tal, o autor isola o estreptococo da amígdala extirpada e prepara, com o mesmo, um caldo-vacina que servirá para dessensibilizar o paciente. Com esta prática, o tratamento das moléstias focais tem revelado um índice de cura ou melhora até agora não atingido.

Alergia em otorrinolaringologia. — Dr. A. Oliveira Lima (Rio de Janeiro). Para o autor, o problema da

rinopatia alérgica pertence inteiramente ao campo do otorrinolaringologista, devendo o alergista ser chamado a intervir em casos raros. Após rápida análise da sintomatologia das rinites alérgicas, passa a expor os principais tipos de alérgenos causadores da rinite. Estes podem ser classificados em 3 tipos: inalantes, bacterianos e alimentares. Entre os inalantes, os sete mais importantes são: poeira domiciliar, fungos do ar (mofos), material de travesseiros, material de colchão, lã, pêlos de animais domésticos e inseticidas. As bactérias de maior interesse são: streptococcus, staphylococcus e pneumococcus. A alergia nasal de origem alimentar é rara e deve ser tratada com dietas de eliminação. Deve-se verificar, sempre, a existência de lesões inflamatórias naso-sinusais, tratando-as cirurgicamente se indicado. O autor propõe um método de dessensibilização para todos estes fatores, consistente em reunir numa única solução todos os antígenos, praticando injeções intradérmicas em três séries de concentrações crescentes, o que torna o método simples e prático.

Sessão em 19 agosto 1952

Presidente: Dr. MAURO CÂNDIDO DE SOUZA DIAS

Sobre um caso de hipersensibilidade nasal de origem profissional. — Dra. Sívio Marone e Hilário Veiga de Carvalho. Os autores relataram um caso de hipersensibilidade nasal ao fumo, de origem profissional, em que conseguiram reproduzir todos os sinais e sintomas, com inalações da substância causadora. A hipersensibilidade adquirida pela paciente foi rotulada como moléstia profissional, determinando incapacidade parcial e permanente. Chamam a atenção para os dados clínicos, principalmente para a reprodução dos sintomas e sinais, a fim de estabelecer com segurança o diagnóstico.

Teste audiométrico na educação da criança surda. — Dr. Armando de Paiva Lacerda. As conclusões fornecidas pelo autor foram as seguintes:

1) O teste audiométrico, ao lado das demais provas auditivas, constitui valioso recurso no exame e seleção das crianças com audição residual para fins pedagógicos; 2) a aferição audiométrica dos resultados do ensino auditivo-visual, aplicado às crianças dispondo de maior campo residual, permitiu observar modificações favoráveis das curvas auditivas, correspondendo ao desenvolvimento da linguagem dessas crianças; 3) As melhoras observadas durante o treinamento acústico devem ser atribuídas à maior atividade da função sensorial auditiva e a seus efeitos psíquicos, aumentando a atenção da criança em relação às sensações acústicas, possibilitando a diferenciação, interpretação e memorização dessas impressões e atingindo, finalmente, ao complexo mecanismo da formação e

desenvolvimento da linguagem da criança; 4) Os resultados registrados devem ser apreciados à luz da fisiologia e da fisiopatologia da atividade nervosa superior, cujos princípios e experiências constituem os fundamentos da moderna escola pavloviana, a qual vem abrir as vias para o conhecimento dos processos fisiológicos cerebrais, inclusive sensoriais, nas condições normais e patológicas; 5) Do ponto de vista pedagógico, tais resultados vêm demonstrar que, se a criança dispõe de audição residual, esta deve ser utilizada, ao máximo, pelo ensino auditivo-visual, quando mais extensa, ou mesmo pelo ensino oral, quando mais reduzida; 6) Recomenda-se a prática regular da

aferição audiométrica em crianças com audição residual submetidas ao treinamento auditivo, insistindo, particularmente, na pesquisa das curvas auditivas de crianças que revelem, no decurso do processo pedagógico, mais rápido ou acentuado desenvolvimento da linguagem.

Columeloneoplastias. — Dr. Roberto Farina e Doutorandos Sergio de Paula Santos e Hirdonway Batista. Os autores estudam a reparação das perdas totais da columela, apontando dois métodos principais — os retalhos labiais medianos e o dos tubos de Gillies-Filatoff — preferindo empregar os retalhos nestas neoplastias, apontando uma série de razões pessoais.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

Sessão em 13 agosto 1952

Presidente: Dr. AUGUSTO MASCARENHAS JUNQUEIRA

Resultado com nova técnica para lábio leporino. — Dr. Antonio Duarte Cardoso. O autor apresentou nova técnica para reparação do lábio leporino, na qual o detalhe anatômico denominado arco do Filtro é aproveitado tal como se apresenta no lábio fissurado colocado na sua posição normal. O autor considera indicação para o uso de sua técnica os casos em que o arco do Filtro se apresenta bem individualizado.

Queimaduras por eletricidade. — Drs. Paulo Castro Correia e Joaquim Lourenço. De julho-1947 a julho-1952 foram internados na 3.ª Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas, 386 casos de queimaduras. O levantamento dos agentes causadores das queimaduras revelou que a eletricidade foi responsável somente em 4 casos (1,03%). Para se compreender a razão desta baixa incidência das queimaduras por eletricidade é preciso considerar que a clientela do

Serviço é constituída principalmente por mulheres e crianças, e os acidentes, em geral, são domésticos. Os acidentes do trabalho são encaminhados, via de regra, para as companhias seguradoras. Os autores referem-se aos acidentes produzidos pela eletricidade, e especialmente aos das queimaduras provocadas por corrente de alta tensão. Há dois tipos de queimaduras por eletricidade: as de contacto e as de faísca ou de arco. Descrevem as características das queimaduras produzidas por eletricidade segundo Jellinek e outros. Relatam 4 casos da série, referindo-se no primeiro, ao caráter insidioso da lesão e, no último, aos acidentes vasculares e à intensidade do agente que provocou a carbonização óssea. Nos comentários referem-se, de modo particular, aos meios existentes para apressar a remoção do tecido necrosado (curativos úmidos com líquido de Dakin ou soro fisiológico, curativos com ácido-enzimas proteolíticos).

Evite as doenças do ouvido e a surdez, tratando sem demora as infecções do nariz e da garganta. — SNES.

Com sintomas desagradáveis: flatulências, eructação, sonolência, azia, sensação de peso na região epigástrica, etc.

Pepsicap

Pepsina	100 mg	Sais biliares	80 mg
Novatropina	0,001 g	Pancreatina	150 mg

Assegura ao paciente digestão fácil e aproveitamento total dos alimentos. — *Faz a profilaxia das carências.*

SINALGAN

Etocaína (novocaína), adrenalina
e solução de Ringer modificada.

N.º 5:

Etocaína	0,050 g
Sol. mil. adrenalina...	1 gota
Sol. Ringer modificada	5 cm³

N.º 10:

Etocaína	0,100 g
Sol. mil. adrenalina...	2 gotas
Sol. Ringer modificada.	10 cm³

N.º 20:

Etocaína	0,200 g
Sol. mil. adrenalina...	2 gotas
Sol. Ringer modificada.	20 cm³

N.º 50:

Etocaína	0,500 g
Sol. mil. adrenalina...	2 gotas
Sol. Ringer modificada.	50 cm³

N.º 100:

Etocaína	1,000 g
Sol. mil. adrenalina...	2 gotas
Sol. Ringer modificada.	100 cm³

Injeção no local a anestésiar

Caixas de 6, 50 e 100 ampólas dos n.os 5 (5cm³) e 10 (10cm³);
e de 1 ampóla dos n.os 20 (20cm³), 50 (50cm³) e 100 (100cm³)

NOTA — O Sinalgan é apresentado também sem Adrenalina.

ANESTESIA REGIONAL

O mais moderno abortivo da gripe!

Grip-Ionase "C"

COM VITAMINA "C"

A Grip-Ionase "C" reúne o ouro electrocoloidal à vitamina C para o tratamento da gripe e de suas complicações. Exalta as defesas orgânicas, não tem contra-indicações. Absolutamente indolor.

LABORATÓRIOS:

MOURA BRASIL — ORLANDO RANGEL S. A.

Rua Marquês de São Vicente, 104 — Gávea — Rio de Janeiro

**DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA
E ELETRICIDADE MÉDICA**

Sessão em 28 agosto 1952

Presidente: Dr. WALTER BOMFIM PONTES

Estudo anátomo-patológico da polipose cólica. — Dr. Constantino Mignone. O autor referiu inicialmente a percentagem em nos vários segmentos cólicos. Teceu comentários sobre a constituição anatômica, ou melhor, microscópica da parede intestinal e as transformações posteriores, acentuando a influência do peristaltismo com proliferação conjuntiva e posteriormente com alterações glandulares. Entrou a seguir na discussão das várias teorias da transformação carcinomatosa. Classificou a polipose adenoma benigno, adenoma com atipia e carcinoma.

Estudo radiológico da polipose cólica. — Dr. José Moretzsohn de Castro. O autor iniciou definindo a polipose e tecendo considerações sobre o aspecto e a anatomia patológica. Classificou as poliposes em solitária, com degeneração carcinomatosa, e francamente maligno. Entrou, a seguir, em considerações sobre o diagnóstico, ressaltando o método do amplo contraste, assim como as radiografias repetidas, assinalando também as dificuldades muitas vezes encontradas. Acentuou, na mulher, o diagnóstico diferencial com a endometriose. Mostrou a importância do problema da adenomatose enterocólica familiar, entre nós bem estudada pelo Dr. Lauro M. Costa. A polipose do delgado, acentuou, deve ser sempre

pesquisada. No delgado, o autor não vê vantagens no método de Fischer e sim no trânsito comum com radiografia.

Aspectos cirúrgicos da polipose cólica. — Dr. Daher E. Cutait. — O autor acentuou as dificuldades do diagnóstico radiológico e até cirúrgico, exigindo grandes aberturas do intestino na pesquisa da polipose terminal, sendo do maior valor a endoscopia. Quanto ao resultado do exame anátomo-patológico acentuou a necessidade da pesquisa paciente de grande número de polipos, a fim de elucidar a possibilidade de degeneração carcinomatosa.

Comentários: Dr. José Rubens Montenegro — Dou valor ao tamanho na transformação maligna, principalmente se única. Quanto maior o número, maior a malignidade, quer difusa ou perifocal (ao redor do carcinoma). E' do maior interesse a procura de polipose nas autópsias.

Dr. Daher E. Cutait — Não acho relação tão evidente entre tamanho e degeneração maligna. Ao menos o cirurgião não deve levar muito em consideração esta conexão.

Dr. Paulo de Toledo — As dobras da mucosa, por muito grandes, podem mascarar as poliposes e o enchimento muito grande prejudica a visão das mesmas.

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA

Sessão em 30 setembro 1952

Presidente: Dr. GIL SOARES BAIRÃO

Anestesia para cirurgia torácica de urgência. — Drs. Alberto Caputo, Gil Soares Bairão, Amador Varella Lorenz e Salvador Cromberg. — Os autores apresentaram 109 casos de anestesia em grandes emergências de

cirurgia torácica, que ocorreram durante cinco anos (1947-1951). No Serviço de Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo. Os casos, para fins de exposição, foram agru-

XANTINON

Fatores Lipotrópicos

AMPOLAS

Cada ampola de 2 cm³ contém:

Xantina	0,0005 g
Metionina	0,008 g
Cloridrato de colina	0,050 g
Fração L de Wilson, fração antitóxica hidrossolúvel .	1 cm ³
Fatores lipotrópicos hepá- ticos — q.s.	2 cm ³

Cada ampola de 5 cm³ contém:

Xantina	0,00125 g
Metionina	0,020 g
Cloridrato de colina	0,050 g
Fração L de Wilson, fra- ção antitóxica hidroso- lúvel	2,500 cm ³
Fatores lipotrópicos hepá- ticos — q.s.	5 cm ³

DRÁGEAS

Fórmula por drágea:

Lipocaico (equivalente a 5,0 g de pâncreas)	0,100 g
Metionina	0,100 g
Inositol	0,050 g
Cloridrato de colina	0,020 g
Sulfato de manganês	0,001 g
Concentrado de fígado (fração álcool-insolúvel equivalente a 5,0 g órgão fresco)	0,050 g
Excipiente — q.s.	0,330 g

Indicações: Nos processos de degeneração gordurosa do fígado —
Insuficiência hepática em geral — No pré e post-operatório.

Modo de usar: 1 a 2 ampolas de 2 cm³ ao dia, ou 1 de 5 cm³,
segundo critério médico. Via intramuscular.

Drágeas: 3 a 4 ao dia.

Apresentação: Caixas com 3 ampolas de 2 cm³
6 ampolas de 2 cm³
3 ampolas de 5 cm³
Hospitalares
24 drágeas em vidro

LABORATÓRIO XAVIER

JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

Rua Tamandaré n.º 984 — Rua Tamandaré n.º 553

SÃO PAULO — BRASIL

Depósitos: Rio de Janeiro — Porto Alegre — Curitiba — Belo Horizonte — Recife
Representantes nos demais Estados.

Consultores Científicos:

Prof. Dr. Dorival da Fonseca Ribeiro — Prof. Dr. Genésio Pacheco

pados de acôrdo com as intervenções realizadas: mediastinotomias simples, toracotomias com sutura de órgãos. Cada um desses grupos foi estudado separadamente segundo a sintomatologia, a fisiopatologia e as alterações decorrentes do ato anestésico. Em cada grupo foram examinados os resultados obtidos conforme o método, a técnica e os agentes anestésicos administrados; todos os pacientes apresentavam risco de grau elevado. Os autores chamaram a atenção para certos pontos relacionados com as alterações produzidas pelos traumatismos torácicos ou toraco-abdominais: enfisema do mediastino, mediastinites, hemotórax, hemoptise, colapso do pulmão, pneumotórax hipertensivo, tamponamento cardíaco, lesão da artéria coronária, gravidade dos ferimentos torácicos associados a outros abdominais. Finalmente, foram relatados os casos de óbito decorrente ou não da anestesia, relacionada com o risco.

Comentários: Dr. Kentaro Takaoka — Pergunto se existe algu-

ma contra-indicação absoluta para a entubação endotraqueal nesses pacientes ou se a entubação, às vezes, pode ser prejudicial por constituir uma sobrecarga em indivíduo cujo estado é extremamente precário, tudo concorrendo para que não exista a obrigatoriedade de entubar sistematicamente em tais casos.

Dr. Alberto Caputo — Os pacientes devem ser entubados sempre que haja necessidade de abertura do tórax.

Dr. Gil Soares Bairão — Julgo que, em certas eventualidades, em casos extremamente maus, a entubação pode constituir sobrecarga grave para o paciente. Então, se for possível a obtenção de boa ventilação pulmonar sem entubação endotraqueal, será preferível adiá-la para mais tarde, quando as condições do traumatizado tiverem melhorado. O julgamento de quando e de como deva ser feita a entubação nesses casos é função exclusiva da experiência do anestesista. Tenho a impressão que esse é, também, o pensamento do Dr. Kentaro Takaoka.

DEPARTAMENTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL


Sessão em 7 outubro 1952

Presidente: DR. AUGUSTO AYROSA GALVÃO

Estudo comparativo entre a pesquisa de larvas de "Strongyloides stercoralis" no suco duodenal e nas fezes. Valor diagnóstico. — Drs. José de Oliveira Coutinho, Júlio Croce, Rubens Campos e Vicente Amato Neto. — Os autores examinaram o suco duodenal recolhido por tubagem e as fezes de 67 indivíduos não selecionados, procurando obter esclarecimentos sobre o valor comparativo da pesquisa de larvas de *Strongyloides stercoralis* nos materiais estudados. Para a evidência de larvas no suco duodenal descreveram um procedimento que utiliza exames direto e após centrifugação; o exame do material fecal foi realizado por meio do processo de Baermann modificado. Encontraram 38 pacientes albergando o parasita, tendo o exame das fezes revelado todos os infestados e o do

suco duodenal apenas 24. Em 14 casos, as larvas estavam presentes nas fezes e ausentes no suco duodenal. Em nenhuma ocasião houve positividade ao exame do suco duodenal, com pesquisa negativa na matéria fecal. Os autores teceram considerações sobre detalhes de ordem prática, referentes à visualização das larvas do nematóide no líquido duodenal; o número de larvas presentes nos materiais analisados foi também considerado. Como conclusão, salientaram a superioridade do exame das fezes pelo método de Baermann, aconselhando-o como o processo de eleição no sentido de estabelecer o diagnóstico da estrogiloidíase.

Nova técnica de preparo de antígeno de vermes adultos para a intradermo-reação na esquistossomose. —



*...Para o lactente
sadio*



Pelargon

Leite em pó completo, acidificado, adicionado de amido pré-cozido e açúcares seleccionados.

Encerra a gordura e os demais elementos do leite de vaca integral com a digestibilidade grandemente facilitada pela acidificação.



NESTLÉ

Dr. José Oliveira Continho. O autor fez revisão das técnicas de preparo de antígenos para tais reações na esquistossomose, descrevendo a técnica que propõe: secar os vermes adultos em acetona e depois extrair o antígeno em banho-maria a 56°C por meia hora. O autor afirmou que, com esse novo processo, qualquer laboratório poderá fazer antígenos de intradermo-reação. Em seus

resultados iniciais verificou que os extratos de vermes secos em acetona são iguais aos correntemente usados. Em 15 reações feitas em indivíduos com esquistossomose, encontrou 66,6% com reação forte (20% com reação média e 13,3% com reação fraca. Em ambiente de 6°C o extrato preparado pelo autor conserva suas propriedades antigênicas por mais de quatro anos.

Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição de São Paulo

Sessão de 27 de fevereiro de 1953.

Presidente: Prof. FELÍCIO CINTRA DO PRADO

Diagnóstico e tratamento das afecções das vias biliares. — Inicialmente, falaram os Drs. José Fernandes Pontes e Valdemar Podolsky, que fizeram uma revisão crítica da sondagem duodenal cronometrada, proposta por Varela Fuentes e colaboradores. Esse método propedêutico baseia-se na medida dos vários "tempos", ou fases da prova: 1) tempo coledociano; 2) tempo do esfíncter de Oddi fechado, com a duração normal de quatro minutos; 3) fluxo da bile-A; 4) duração da resposta vesicular ou fluxo da bile-B; 5) tempo hepático ou aparecimento da bile-C, provinda diretamente do fígado. No Serviço de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas de São Paulo, os autores estudaram o método de Varela Fuentes, tendo realizado até agora 169 sondagens, sendo 43 repetidas no mesmo paciente duas vezes, e 68 de três a seis vezes. O fim principal da pesquisa foi o de verificar se a prova apresentava os mesmos resultados quando repetida no mesmo doente. Na realidade, não se observam resultados idênticos. Nessas condições, não se pode saber se a variação dos tempos da prova exprime rigorosamente uma anormalidade funcional das vias biliares ou se representa apenas uma situação momentânea funcional. O tempo do Oddi fechado não significaria também uma hipertonia do duodeno? E a quantidade de bile-B recolhida seria realmente só bile vesicular? Concluem

os autores que falta ainda ao engenhoso método da sondagem duodenal cronometrada a contraprova de outros recursos propedêuticos, como a manometria e a colangiografia pré e pós operatória. Com esse intuito os autores continuam a investigar, no Hospital das Clínicas.

A seguir, o dr. José Moretzsohn de Castro discorreu sobre a radiologia das vias biliares, acentuando que o exame deve iniciar-se com a radiografia simples, sem contraste. Procede-se, depois, à colecistografia oral intensificada, completada pela técnica de Akerlund com a manobra de Lavenne e prova de Boyden, tudo visando afastar as possibilidades de erro no diagnóstico radiológico de uma série de afecções, a saber: 1) do fígado: concreções calcárias intrahepáticas, cálculos, cistos hidáticos, abscessos, hipertrofia de lobos, tumores; 2) da cúpula diafragmática e do espaço subfrenico, como pneumoperitônio, abscesso subfrenico, etc. 3) da vesícula biliar: opacificações parietais e do conteúdo vesicular, pneumocolecistite e pneumatose angiocolecística, afecções essas que são, às vezes, mais nítidas na radiografia simples. Após salientar alguns pormenores de técnica, o dr. Moretzsohn falou sobre a possibilidade do diagnóstico pré-operatório da hipertonia esfinteriana, da síndrome colocística, da atonia vesicular e da insuficiência do esfíncter colédoco.



diz ser mínima em relação aos casos | diagnóstico precoce e isso na maioria

ACOBELINA

BALSÂMICO DAS VIAS RESPIRATÓRIAS

Associação racional de fosfato de codeína, cloridrato de papaverina, extrato de beladona, tintura de lobélia e tintura de acônito, em formas palatáveis, é a ACOBELINA, por sua ação espasmolítica, influência depressora na tosse, parassimpaticolítica estimulante da respiração e anti-febril, a medicação príncipe das *tráqueo-bronquites, tosses espasmódicas, coqueluche, estados gripais, cólicas intestinais, menstruais* (dismenorreias) *biliares e piloro-espasmo.*



LABORATÓRIO SANITAS DO



BRA

Xarope:

FORMULA :

<i>Extrato de beladona</i>	0,02
<i>Fosfato de codeína</i>	0,005
<i>Tintura de acônito</i>	0,005
<i>Tintura de lobélia</i>	0,01
<i>Cloridrato de papaverina</i>	0,02
<i>Xarope simples q. s. p.</i>	10,0

POSOLOGIA :

*Gotas - 20 gotas em um pouco de água
açucarada 3 vezes ao dia.*

*Xarope - 4 a 6 colheres de chá ao dia e co-
lheres de café para as crianças.*

APRESENTAÇÃO :

Gotas - Vidros de 15 cm³.

Xarope - Vidros de 100 cm³.

BRASIL, S. A. — Av. Lins de Vasco



Gotas:

FORMULA :

<i>Fosfato de codeína</i>	0,02
<i>Tintura de acônito</i>	0,005
<i>Tintura de lobélia</i>	0,02
<i>Cloridrato de papaverina</i>	0,005
<i>Extrato de beladona</i>	0,02
<i>Glicerina pura</i>	0,2
<i>Sacarina</i>	0,0005
<i>Água destilada</i>	0,2
<i>Essência de aniz</i>	0,0005
<i>Alcool q.s.p.</i>	1 cm ³

sconcelos, 3420 - São Paulo - Bra



Laboratorio Sanitas do Brasil, S. A.

AV. LINS DE VASCONCELOS, 3480

TELEFONES: 70-8184 e 70-1862

SÃO PAULO — BRASIL

Finalizando a sessão, o dr. Plínio Bove comentou os aspectos cirúrgicos do tema. Acentuou que a cirurgia das vias biliares ficou gravada, no passado, por numerosos casos de insucesso terapêutico. A existência de razoável número de pacientes que, depois da operação, continuavam com seus padecimentos inalterados, ou mesmo, aumentados, trouxe natural reação por parte dos clínicos e mesmo de doentes, que passaram a evitar tais intervenções cirúrgicas. A pobreza dos resultados da primitiva cirurgia biliar resultou do fato de haver então cirurgias suficientemente habéis, que aprimoraram a técnica dessas intervenções antes que existissem métodos seguros de diagnóstico e antes que se aprofundassem os conhecimentos da patologia da região. Por esse motivo, muitas operações eram mal indicadas e, embora bem executadas, não traziam a cura.

Felizmente, esse estado de coisas pertence ao passado. Em nossos dias o adiantamento da ciência médica permite obter resultados satisfatórios, desde que as operações obedeçam a rigorosa indicação e que sejam conduzidas segundo as normas de uma técnica cirúrgica meticulosa e bem planejada.

Os aperfeiçoamentos atingidos atualmente são a consequência de

numerosas pesquisas que tornaram conhecidas a etiologia e a patogenia das afecções biliares e, em particular, dos processos inflamatórios e da litíase, que constituem a maioria dos casos. Entre os fatores etiológicos destas afecções, é necessário pôr em relevo os distúrbios do esfíncter de Oddi, cujo funcionamento normal é essencial à manutenção da integridade dos órgãos biliares e do pâncreas. Sempre que esse esfíncter deixa de funcionar normalmente, sobre-vêm transtornos que afetam a árvore biliar em geral e a vesícula em particular, estabelecendo condições favoráveis ao aparecimento de processos inflamatórios, frequentemente acompanhados de litíase.

Com os modernos métodos propedêuticos, constituídos principalmente pela colangiografia e manometria operatória, pode-se saber, com relativa margem de segurança, o estado do esfíncter de Oddi e descobrir a existência de cálculos ou estreitamentos do canal coledociano, que, sem esses métodos, passariam despercebidos, condicionando o malogro da operação. As lesões do esfíncter de Oddi e estruturas afins podem também ser diagnosticadas e receber adequado tratamento, evitando-se, assim, que os sintomas mórbidos continuem depois da retirada da vesícula.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

Sessão de 16 de outubro de 1952

Presidente: Prof. FELÍCIO CINTRA DO PRADO

Tumores malignos da tireóide. — Drs. Wilson Fry, Paulo Alvim de Freitas e Ddo. Sydney de Moraes Rego. O primeiro em seu nome e em nome dos demais colaboradores, discorreu sobre "Tumores malignos da tireóide". O relator faz interessante estudo a respeito dos tumores malignos da tireóide observados entre mais de 900 dos casos clínicos do Prof. Correia Netto. Disserta sobre a localização tumores e sua diferenciação com os chamados tireóides laterais aberrantes. Estuda a incidência que diz ser mínima em relação aos casos

de hipertireoidismo; aborda a classificação enumerando várias e após ressaltar o valor da classificação anatomo-clínica diz que nos seus casos adotou a de baixa e alta malignidade. Documenta a palestra a cada passo com diapositivos, quadros e radiografias. Dá a classificação dos casos estudados, citando entre nós: adenocarcinoma papilífero 5, adenomas malignos 6, adenocarcinomas difusos 4, adenocarcinoma plano celular 1 e sarcoma 2.

Diz que o mais importante é o diagnóstico precoce e isso na maioria

das vezes é difícil. Diz que deve sempre suspeitar dos nódulos solitários e saber através do iodo-radioativo, si são ou não funcionantes. Faz referência ao diagnóstico diferencial e por fim aborda o tratamento desses tumores que subdivide em a) preventivo, b) curativo e c) paliativo. Nos casos referidos e conforme a escola do Prof. Alípio Correia Netto, nos casos em que cabe o tratamento curativo, diz que em se tratando de um só lobo atingido, fazem hemitireoidectomia total e quando a afecção atingir os dois lobos fazem a tireoidectomia total de um lobo e parcial de outro e muitas vezes seguida de radioterapia. Como tratamento preventivo aconselha a extirpar sempre os nódulos solitários e nos casos inoperáveis, fazer traqueotomia. Diz não ter experiência com o caso de iodo-radioativo e analisa o tratamento por Raios X, ra-

dioumterapia e roentgenterapia. Mostra a seguir os resultados dos casos operados e sua evolução e sobrevida, afirmando que o prognóstico depende de vários fatores como diagnóstico precoce, tipo histológico do tumor, presença de metástase etc.

Comentam o trabalho: 1) o Dr. Mario Ramos de Oliveira que indaga da conduta a seguir nos casos em que a operação primária consistiu da extirpação de nódulo ou de parte da tireóide e a seguir o exame histopatológico mostra tratar-se de um tumor maligno;

2) o Dr. Plínio Bove que indaga a respeito do iodo-radioativo e

3) o Dr. Luiz Oriente que tece considerações sobre o cancer da tireóide e tireoidite sub aguda e também sobre a questão de exames por congelção, durante o ato cirúrgico. A todos responde satisfatoriamente o orador.

Sessão de 4 de novembro de 1952.

Presidente: Prof. FELÍCIO CINTRA DO PRADO

Triade de Kartagener. — Drs. Wanderly Nogueira da Silva e Teynaldo Chiaverini. O orador, Dr. Wanderly Nogueira da Silva define a triade de Kartagener como a associação de bronquiectasias, mal-formação das vias aéreas superiores e dextrocardia e mostra-lhe a raridade, afirmando que a literatura nacional possui

apenas os trabalhos de Ferreira e Meira; e Fraga Filho e colaboradores. Acrescenta então dois casos de sua observação pessoal, cuja documentação clínica e radiológica apresenta. Comentam o trabalho apresentado os Drs. Felício Cintra do Prado e Carlos de Oliveira Bastos.

Outras Sociedades

Associação Paulista de Medicina, Departamento de Higiene e Medicina Tropical, sessão de 4 de fevereiro de 1953, ordem do dia: 1) Posse da nova Diretoria; 2) Profs. Samuel B. Pessoa e José de Oliveira Coutinho — Contribuição ao estudo do sangue na esquistossomose mansônica — I — Anemia. 3) Prof. Samuel B. Pessoa — Notas sobre algumas substâncias moluscocidas; 4) Prof. Samuel B. Pessoa — Nota sobre a ação cercaricida de corantes fotodinâmicos; 5) Drs. Orlando Natale Bassoi e José

Maria Ferreira — Complicações neurológicas da hepatite infecciosa (polinevrite) (comunicação de um caso); 6) Drs. Orlando Natale Bassoi e José Maria Ferreira — Complicações neurológicas da parotidite epidêmica (mielite) (Comunicação de um caso). — Departamento de Neuro-Psiquiatria, sessão de 5 de fevereiro de 1953, ordem do dia: 1) Posse da nova Diretoria; 2) Drs. Harry Brandi Diniz e Osvaldo Barini — Esotrofia como sinal localizador de tumor do tronco cerebral.

"INTRAIT" DE CASTANHA DA INDIA

DAUSSE

VARIZES - FLEBITES - HEMORRÓIDES

DOSES DIÁRIAS

FORTES

100 a 600 gotas

Crises hemorroidarias agudas

Úlceras varicosas

(Para serem usadas nos
normotensos)

FRACAS

10 a 20 gotas

Para

as demais
indicações

"INTRAIT" DE VALERIANA

DAUSSE.



SEDATIVO VEGETAL

2 a 3 colheres das de chá por dia.

Fabricado no Brasil com licença especial dos Lab. Dausse — Paris - França
pelos Laboratórios Enila S. A., Rua Riachuelo, 242 - Caixa Postal, 484 - Rio.
Filial: Rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

—, Departamento de Proctologia, sessão de 6 de fevereiro de 1953, ordem do dia: 1) Posse da nova Diretoria; 2) Prof. Alípio Corrêa Netto (Convidado) — Situação do ensino médico no Brasil — Considerações gerais.

—, Departamento de Pediatria, sessão de 13 de fevereiro de 1953, ordem do dia: 1) Posse da nova Diretoria; 2) Drs. José de Oliveira Coutinho, Vicente Amato Netto, Júlio Croce, Luiz Carlos Fonseca e Rubens Campos — Apresentação de um caso fatal de estrogiloidose. Observação em criança de dois anos de idade; 3) Dr. Silvio L. de Paiva — Palestra sobre: Experiência de uma clínica de Desordens Convulsivas na Criança nos Estados Unidos.

—, Departamento de Dermatologia e Sifilografia, sessão de 13 de fevereiro de 1953, ordem do dia: Posse da nova Diretoria.

—, Departamento de Patologia, sessão de 13 de fevereiro de 1953, ordem do dia: 1) Posse da nova Diretoria; 2) Dr. Hassib Ashcar — Estado atual da sorologia da sífilis — Reação de Wassermann quantitativa padronizada (Técnica de Wadsworth-Maltaner-Maltaner); 3) Dr. Evandro Pimenta de Campos (Convidado) — Estudo anatomo-clínico da Febre Amarela, principalmente relacionada com o recente surto de Presidente Prudente.

—, Departamento de Otorrinolaringologia, sessão de 19 de fevereiro de 1953, ordem do dia: 1) Posse da nova Diretoria; 2) Dr. João Daniel Lopes Filho — Abscesso do septo de origem dentária.

—, Departamento de Medicina, sessão de 20 de fevereiro de 1953, ordem do dia: 1) Posse da nova Diretoria; 2) Drs. Otávio Ribeiro Ratto e Italo Domingos Le Voci — As provas ventilatórias no enfisema pulmonar; 3) Drs. Israel Nussenzeig, Décio Oliveira Penna, João Barbas Valente, Emil Sabbaga e Nathanael Silva — Miocardite intestinal de Fiedler; 4) Drs. Bernardo Léo Wajchenberg e Themistocles de A. Tartari — Considerações preliminares sobre a importância da amilase na uremia.

—, Departamento de Fisiologia, sessão de 23 de fevereiro de 1953, or-

dem do dia: 1) Posse da nova Diretoria; 2) Drs. Rafael de Paula Souza e Newton de Toledo Ferraz — Reações tuberculinicas e B.C.G. em diferentes períodos de seu prazo de validade. Observações preliminares; 3) Drs. Mozart Tavares Lima Filho, Fábio Belfort de Mattos, Décio Fleury da Silveira e Gastão Miranda — A extirpação da amígdala palatina na criança tuberculosa.

—, Departamento de Radiologia e Eletricidade Médica, sessão de 24 de fevereiro de 1953, ordem do dia: 1) Posse da nova Diretoria.

—, Departamento de Urologia, sessão de 25 de fevereiro de 1953, ordem do dia: 1) Posse da nova Diretoria.

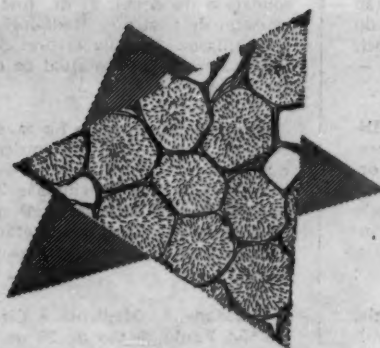
—, Departamento de Cirurgia, sessão de 25 de fevereiro de 1953, ordem do dia: 1) Posse da nova Diretoria; 2) Prof. Piragibe Nogueira e Ignácio Rodrigues da Silva — Recidiva de calcúlo do colédoco provocada por cálculos de origem intra-hepática. Documentação de 3 casos.

—, Departamento de Medicina do Trabalho, sessão de 26 de fevereiro de 1953, ordem do dia: 1) Posse da nova Diretoria; 2) Engenheiro Silas Fonseca Redondo (Convidado) — Problemas de higiene industrial. O laboratório especializado de Lima; Comentários a cargo do Dr. Bernardo Bedrikow.

—, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, sessão de 2 de fevereiro de 1953, ordem do dia: 1) Posse da nova Diretoria; 2) Prof. Raul Carlos Briquet (Conferência) — Tendência da Obstetrícia moderna.

—, Departamento de Anestesia, sessão de 27 de fevereiro de 1953, ordem do dia: 1) Posse da nova Diretoria.

Centro de Estudos Franco da Rocha, sessão de 24 de fevereiro de 1953, ordem do dia: 1) Apresentação de um caso de Esquizofrenia com remissão post-leucotomia transorbitária — Dra. Cléo S. Lichtenstein; 2) Esquizofrenia infantil e leucotomia transorbitária. Considerações a propósito de um caso com evolução favorável. (Nota prévia) — Dr. Stanislaw Krynski; 3) Nota sobre o Congresso de Neuropatologia de Roma — dr. Valther Edgard Maffei.



proteção
da célula
hepática

ACIMETION

d'l-metionina

Frascos com 25 e 50 comprimidos de 0,50 g.

HEPATITES ESCLEROCONGESTIVAS, TÓXICAS,
MEDICAMENTOSAS, ACIDENTAIS, PROFISSIONAIS
E INFECTUOSAS — QUEIMADURAS
ANEMIAS DE CARÊNCIA PROTÉICA
INTOXICAÇÕES — PÚRPURA — DESNUTRIÇÃO



LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO - ROUSSEL S. A.

RIO DE JANEIRO

ACI P-3

São Paulo — Rua Bittencourt Rodrigues, 180 — Caixa Postal, 489

Centro de Estudos Médicos da C. A. P. de Serviços Públicos em São Paulo, sessão de 27 de fevereiro de 1953, ordem do dia: a) Orientação atual no tratamento do infarto do miocárdio — Prof. dr. Italo de Voci; b) Comentários sobre o tempo — Prof. dr. Luis Decourt.

Centro de Estudos Médicos da Divisão do Serviço de Tuberculose, sessão de 28 de fevereiro de 1953, ordem do dia: 1) dr. José Soares Martins — Valor da vacinação pelo B.C.G. como teste de terreno: Imunidade natural e adquirida. Importância do teste tuberculínico.

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 24 de fevereiro de 1953, ordem do dia: dr. Gino Berretin — Iontoforese com cortisona em oftalmologia.

Hospital de Juqueri, sessão de 7 de fevereiro de 1953, ordem do dia: 1) Esquizofrenia paranóide — Cirrose atrófica do fígado; 2) Parafrenia — Insuficiência cardíaca; 3) Carcinoma do estômago. 4) Megacolon — Volvo intestinal. Exposição clínica à cargo dos drs. Henrique Levy, Diogo C. Garcia e Euler Sanderville.

Manicômio Judiciário, sessão de 7 de fevereiro de 1953, ordem do dia: 1) Homicídio. Exame de sanidade mental — dr. Raphael de Mello Alvarenga; Homicídio e ferimentos graves. Esquizofrenia — dr. Henrique Levy.

—, sessão de 27 de fevereiro de 1953, ordem do dia: 1) Homicídio. Psicose reativa, e Homicídio. Esquizofrenia paranóide — dr. Carlos Mesquita de Oliveira; 2) Furto. Personalidade psicopática — dr. Mauricio do Amaral; Uxorício. Esquizofrenia — dr. Mauricio Levy Junior.

Sociedade de Estudos Médicos, sessão de 13 de fevereiro de 1953, ordem do dia: Tratamento cirúrgico das afecções venosas periféricas — dr. Luiz E. Puech Leão.

Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição de São Paulo, sessão de 27 de fevereiro de 1953, ordem do dia:

1) drs. José Fernandes Pontes e Waldemar Podolsky — Estudo crítico da propedeutica das vias biliares pela sondagem duodenal; 2) dr. José Morretsohn de Castro — Radiologia das vias biliares. Estudo crítico; 3) dr. Plínio Bove — Estudo atual da cirurgia biliar.

Sociedade Médica São Lucas, sessão de 9 de fevereiro de 1953, ordem do dia: 1) dr. Domingos Lerário — Displasia mamária e carcinoma; 2) dr. José Bresser da Silveira — Alergenos de cristalino, cura da catarata; 3) Eleição da nova diretoria para 1953-1954.

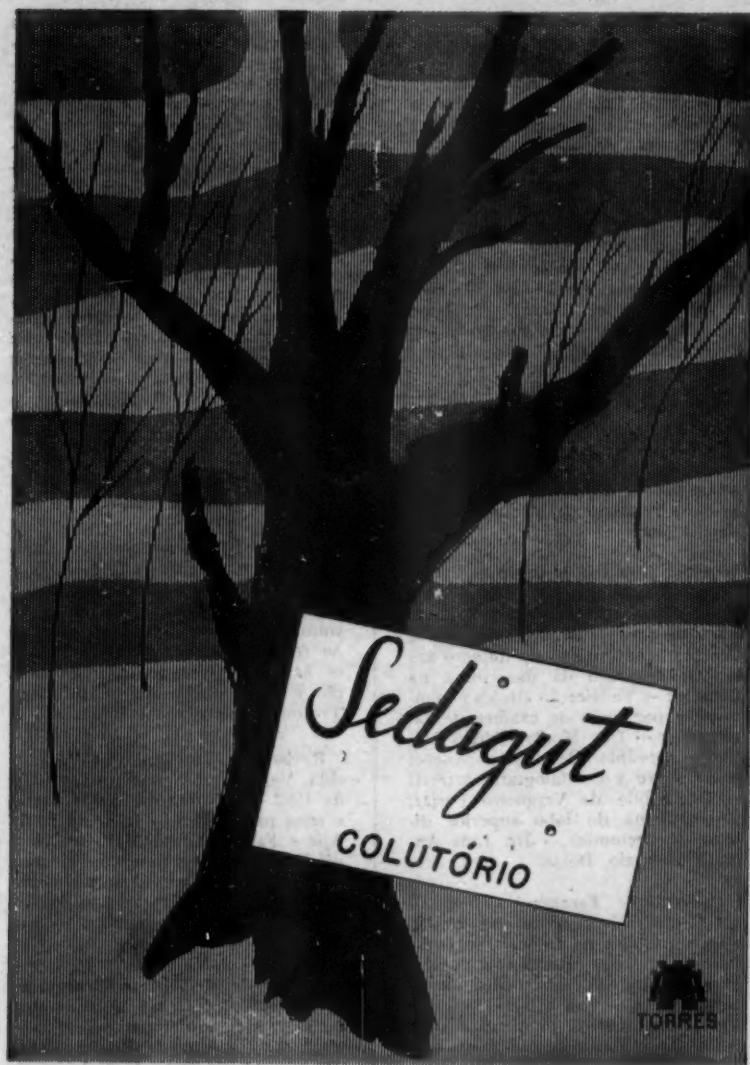
Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 20 de fevereiro de 1953, ordem do dia: 1) dr. Paulo Schmidt Goffi — O Forcipe na operatoria obstétrica; 2) dr. Virgílio Alves de Carvalho Pinto — A cirurgia no recém-nascido.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, sessão de 19 de fevereiro de 1953, ordem do dia: 1) dr. Hilário Veiga de Carvalho — Siderose. Comentários pelos drs. Antonio Miguel Leão Bruno, J. B. de Moraes Leme e Silvio Marone. 2) dr. J. Carvalho Ribas — Confissões de homossexuais. Comentários pelos drs. Antônio Miguel Leão Bruno, Silvio Marone e Hilário Veiga de Carvalho.

Sociedade de Oftalmologia de São Paulo, sessão de 5 de fevereiro de 1953, ordem do dia: 1) Prof. A. Busaca — Observações sobre a pigmentação dos depositos ciclíticos; 2) dr. Paulo Rebocho (do Serviço do prof. Luiz V. Decourt — Considerações em torno de novos aspectos da retinopatia diabética.

Sociedade Paulista de Leprologia, sessão de 9 de fevereiro de 1953, ordem do dia: Dr. Roberto Farina — I — Rinoneoplasias na lepra; II — Labio leporino em doente de lepra. Técnica de Le Mesurier; III — Apresentação de filmes sobre: a) Rinoneoplasias; b) Lobuloneoplastia auricular; c) Labio leporino. Correção pela técnica de Le Mesurier.

IMPRENSA MEDICA DE SÃO PAULO



Sedagut
COLUTÓRIO

TORRES

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Arquivos de Biologia, Vol. XXXVI, n.º 310, novembro-dezembro de 1952. Q. M. Tratamento clínico da hipertensão arterial e suas novas perspectivas; Q. M. Fórmulas estruturais da termicina e da aureomicina; Sobre o tratamento da obesidade; Prof. F. Froilano de Mello — Sobre um flagelado do gênero tricercomitus, parasita do termita africano cryptotermes ha virandi sjostedt, coletado em terra brasileira (Santos); J. Marques de Castro e A. Younis — Um novo antígeno para reação de Hanger; D. M. Gonzalez Torres — Exame coprológico, prova de função digestiva; Malhado Filho-Sinópsis de fitoterapia.

Arquivos Médicos da Força Pública de S. Paulo, Ano I, n.º 2, dezembro de 1952. Tratamento do edema agudo do pulmão — Dr. Plirits Nebó; Aparelhos de ultra-som — Frank H. Krusen; Prestígio da oftalmologia — Derrick Vail.

Arquivos Médicos Municipais, Vol. IV, n.º 3, setembro de 1952. Tuberculose ósteo-articular — Dr. Orlando Pinto de Sousa e Dr. Nelson da Silva Oliveira (continuação do número anterior); Emprego da metoquina na Giardose — Verificação clínica e comparação por meio de exames de laboratório — Drs. Moacyr Pádua Villela e Oswaldo Helmeister; Noções gerais sobre a encefalografia arterial — Dr. Sylvio de Vergueiro Forjaz; Tuberculoma do lóbo superior direito (Lobectomia) — Dr. Luiz Antonio Sampaio Doria.

Caderno de Terapêutica, Vol. II, n.º 3, 1952. Tratamento das meningites supuradas na infância — Cezar Pernetta; Bases fisiofarmacológicas para o emprego de medicamentos autonômicos — José Ribeiro do Valle; Estado atual da terapêutica específica da esquistossomose mansônica — J. Rodrigues da Silva; Alérgia — J. B. Greco; Cardiologia — B. Tranchesi; Cirurgia — Mario Degni; Endocrinologia-nutrição — Hélio Lourenço de Oliveira; Gastroenterologia

— José Fernandes Pontes; Ginecologia e Obstetrícia — Franz Müller; Hematologia — Michel Abu Jamra; Infecções e tropicais — João Alves Meira; Oftalmologia — Paulo Braga de Magalhães; Otorrinolaringologia — Antonio Corrêa; Pediatria — Cezar Pernetta; Tuberculose — doenças pulmonares — José Rosemberg; Urologia — Eduardo Costa Manso.

Publicações Médicas, Ano XXIII, n.º 183. Manifestações oculares do diabetes — Luiz Valentim de Oliveira; Empiema da vesícula e colecistectomia — José Celso Biagioni; Frigidez sexual feminina — José Francisco dos Santos; O citodiagnóstico imediato em dermatologia — G. Daguet; Curso de introdução à higiene mental — Mário Yahn; Flaxedil em intubação laríngea — A. G. Doughy; Terapêutica de urgência nas hemorragias obstétricas — Ranier de Paula.

Resenha Clínico-Científica, Ano XXII, n.º 1, janeiro de 1953. A. Borges Fortes — Neutrovíroses; David Presman — Sobre os aumentos de volume escrotais; Folco Domenici — As reações ultravitalis; Sílvia Montis — As articulações do tarso na adução e na abdução do pé humano; Tracoma, infecção da infância.

Revista do Hospital N.º. Aparecida, Vol. V, n.º 5, setembro-outubro de 1952. Condroma das fossas nasais e seios para-nasais — J. E. de Paula Asis e Fabio Barreto Matheus; Neoplasia vesical — Francisco Ferrante, José Ranieri, Mario Augusto Guastini e Felipe Roberto da Fonseca Erminio; Leonardo anatomista — Eugênio Mauro.

Revista de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, Vol. XII, n.º 11, novembro de 1952. Mesenquimopatias difusas — Prof. A. de Almeida Prado; Retite estenosante — Possível etiologia esquistossomótica — Drs. Orlando Lodovici, Fauze Calil Adde e Acad. Ascêncio Garcia Lopes; Aspectos sociais de nutrição, cáries (Término).

Revista Paulista de Hospitais, Vol. 1, n.º 1, janeiro de 1953. Código do Administrador de Hospital; Organização Hospitalar; Escolas e Auxiliares de Enfermagem; Contabilidade Hospitalar; Problemas de Serviço Social no Setor Médico Hospitalar de São Paulo; Boletim A. P. H.; Notícias diversas: O Papel da dietista no hospital moderno.

Revista Paulista de Medicina, Tratamento cirúrgico dos cistos congênitos do pulmão — Drs. Euryclides de Jesus Zerbini, Edgard S. de San Juan e Maris Luísa M. Tavares de Lima;

Identificação de anticorpo Lewis a, causa provável de doença hemolítica de um recém-nascido — Drs. F. Ottensooser, O. Melone e O. Yahn; Aspectos patogênicos e neurológicos das malformações vasculares cerebrais — Dr. Roberto Melaragno Filho; Nota prévia: Ação de violeta de genciana sobre o *T. cruzi* in vitro: sua importância na esterilização do sangue destinado à transfusão. — Victor Nussewicz, Ruth Sonntag, Dr. Arthur Biancalana, Dr. J. L. Pedreira de Freitas, Dr. Vicente Amato Neto e Judith Kloetzel.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Sindicato dos Médicos de São Paulo

Nova Diretoria. — Realizou-se no dia 26 de fevereiro do corrente ano, a eleição da diretoria do Sindicato dos Médicos de São Paulo para o ano de 1953, perante grande assistência de Médicos sindicalizados, ficando assim constituída:

Foi eleito presidente o dr. Alberto Nupieri, um grande batalhador da classe, fundador da Associação Paulista de Medicina e do Sindicato Médico de São Paulo. Muito merecida essa homenagem dos médicos de São Paulo, ao ilustre clínico, o que vem a ser o reconhecimento das grandes lutas e iniciativas que ele tem travado pelo bem

estar da classe. A chapa eleita é a seguinte: — Presidente, dr. Alberto Nupieri; vice-presidente, dr. João Montenegro; 1.º secretário, dr. José Francisco Soares de Araújo; 2.º secretário, dr. Alberto Francia Martins; 1.º tesoureiro, dr. José Gonzaga F. de Carvalho; 2.º tesoureiro, dr. Fausto Seabra.

Membros da Diretoria: dr. Domingos R. Piccini, dr. Edgard Pimentel Braga, dr. Cassio Portugal Gomes, dr. Luiz Klay, dr. Luiz Caruso, dr. Inocencio Sarno, dr. Scylla O. Matos, dr. Mateus Santamaria, dr. Roberto G. Caldas Filho, dr. Joaquim Ferreira Rocha, dr. Haroldo Azevedo Sodré e dr. Roberto Zwiter.

Homenagem

Prof. Luciano Gualberto. — Na última reunião do Conselho Universitário, por proposta apresentada pela maioria dos membros presentes, foi aprovada, por unanimidade de votos, a concessão do título de doutor "Honoris causa" pela Universidade de São Paulo, ao prof. Luciano Gualberto, recentemente aposentado. O prof. Luciano Gualberto, aposentou-se em sua catedra após, 30 anos de relevantes serviços públicos, nos quais se distinguiu como professor

universitário, membro emérito de várias sociedades científicas nacionais e internacionais, delegado da Universidade de São Paulo em vários congressos mundiais e reitor da mesma universidade, contribuindo, de forma intensiva para o progresso da ciência e das artes.

O prof. Luciano Gualberto, que atualmente ocupa o cargo de secretário de Saúde e Assistência Social e é membro da Academia Paulista de Letras, recebeu a honrosa distinção

que lhe foi conferida pelo mais elevado órgão da administração universitária, em sessão da assembléa universitária, especialmente convocada

para esse fim. Designado pelo reitor, prof. Ernesto Leme, saudou o homenageado o prof. Edmundo Vasconcelos.

Departamento de Proctologia da Associação Paulista de Medicina

Posse da nova diretoria. — Realizou-se no dia 6 de fevereiro do corrente ano, na sede da Associação Paulista de Medicina, a cerimonia de posse da nova diretoria do Departamento de Proctologia, que tem como presidente o dr. Adalberto Leite Feraz.

Abrindo a sessão, falou o dr. Edison de Oliveira, que em breves palavras resumiu as atividades culturais e científicas do referido departamento durante a sua gestão. Em seguida, convidou o presidente eleito a tomar a presidência da mesa.

Assumindo a presidência, o dr. Adalberto Leite Ferraz proferiu as seguintes palavras:

"Meus colegas.

Muito me desvanee a honrosa incumbência que ora me confere o Departamento de Proctologia da Associação Paulista de Medicina, escolhendo-me para seu quarto presidente.

Um exame retrospectivo das atividades desse Departamento revela a sua indiscutível contribuição no terreno de uma especialidade que se vai tornando dia a dia mais importante, à medida que se destaca de outros ramos da Medicina, que a absorviam e dispersavam.

A Proctologia começou a individualizar-se, isto é, a aperfeiçoar-se, quando Frederico Salmon, há pouco mais de um século, fundou em Londres uma clinica destinada a indigentes portadores de fistulas e outras doenças retais. A sala unica e modesta se tornou o atual Hospital de São Marcos, graças à contribuição de novos elementos da Proctologia.

Mesmo antes da instalação desse ambulatorio, Frederico Salmon publicara o primeiro livro sobre doenças retais, intitulado *Tratado Prático sobre o Estreitamento do Reto*. Nos seus primórdios, a Proctologia

foi acerbamente criticada, o que não impediu que evoluísse rapidamente na maioria dos centros médicos, merecendo ambulatorios, departamentos e publicações exclusivamente destinadas ao seu estudo. A principio, foi exercida por clínicos e cirurgiões gerais. Depois de passar pelos domínios da gastroenterologia, emancipou-se completamente e agora progride a passos largos com ciência, autonomia. Haja vista o grande número de publicações referentes à especialidade, a existência de associações médicas especializadas e suas publicações parcial ou totalmente dedicadas à Proctologia, a designação de especialistas para o corpo clinico da maioria dos hospitais. Não tardará o dia em que todo hospital disporá de sua seção de Proctologia.

O que ainda atesta a individualidade crescente da Proctologia nos centros importantes é a existência da Sociedade Americana de Proctologia, da Sociedade Argentina de Proctologia e da nossa Sociedade Brasileira de Proctologia, que há cerca de nove anos vem efetuando reuniões em diversos Estados da Federação, com o fim de divulgar a Proctologia e congregar os seus cultivadores.

Além dessas reuniões ordinárias e extraordinárias, a Sociedade Brasileira de Proctologia já realizou dois congressos de âmbito internacional, um deles no Rio de Janeiro, em 1951, e outro em Ribeirão Preto, em dezembro de 1952, do qual tive a honra de participar como organizador. Neste último foi ventilado pela primeira vez o tema da Medicina Psico-Somática em Proctologia, não havendo noticia de semelhante estudo em outro congresso congener. Foram apresentados 53 trabalhos sobre temas livres e 5 sobre temas oficiais, que incluíam "Cancer do Reto", "Pro-

**.... em cada
refeição 2 drageas
de Pancrepar.**

EXTRATO PANCREÁTICO
EXTRATO HEPÁTICO
BILE DE BOI-BOLDINA

TODOS OS FERMENTOS DIGESTIVOS

DIGESTÕES INCOMPLETAS
DISPEPSIAS HEPATO-PANCREÁTICAS
INSUFICIÊNCIA DOS FERMENTOS DIGESTIVOS

É UM PRODUTO DISTRIBUÍDO POR



LABORATÓRIOS ENILA S. A. — Rua Riachuelo, 242 — Caixa Postal 484
Rio de Janeiro.

Fillial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

rido Anal" e "Medicina Psico-Somática". Projetaram-se 14 filmes de assunto da especialidade, sendo também realizadas 10 operações por especialistas conceituados.

Dignos de nota são os varios serviços proctológicos existentes em todo o territorio nacional, quer autárquicos quer oficiais, sem duvida já de conhecimento da maioria dos colegas deste Departamento, o que dispensa a sua enumeração.

Também merece evidência a efficacia com que o nosso atual Departamento tem influido na evolução da Proctologia brasileira, conseguindo a criação de dois novos Departamentos de Proctologia em faculdades de Medicina: o de Sorocaba e o de Ribeirão Preto.

Aos colegas que me elegeram para presidir este Departamento na gestão de 1953, externo o meu profundo agradecimento, prometendo-lhes não abandonar a orientação já brilhantemente iniciada por meus antecessores Felipe Figliolini, Brasil Filho e Edison de Oliveira. A cooperação de todos os proctologistas ser-me-á valiosa e emprestará brilho cada vez maior a este Departamento. Traçar um programa de ação não me é possível atualmente, o que não impede que eu lhes prometa tirar o melhor partido possível das oportunidades que forem surgindo durante as nossas atividades, a fim de aperfeiçoar a nossa nascente organização científica. Não pouparei esforços para atrair a este ambiente especialistas de renome, nacionais e estrangeiros, visando abrilhantar as nossas reuniões da melhor maneira possível.

Para hoje teremos a valiosa contribuição do nosso mestre e amigo prof. Alipio Correa Neto, que com sua já reconhecida competência discorrerá sobre "Situação do Ensino Médico no Brasil. Considerações Gerais".

Situação do Ensino Médico no Brasil. — A seguir, o prof. Alipio Correa Neto proferiu uma palestra sobre o ensino médico no Brasil. O orador discorreu sobre a evolução rápida das ciências médicas nos ul-

timos tempos e a dificuldade que as escolas médicas têm de prepararem convenientemente seus discípulos de acordo com essa evolução, devido às severas leis que regem os programas das escolas superiores. Essas leis, segundo o conferencista, exigem determinadas normas e cadeiras no curso médico, que nem sempre estão de acordo com a tendência e a orientação moderna da formação profissional.

Referiu-se ainda à maneira de escolha dos professores catedráticos, considerando falho o sistema do concurso de provas, sendo a seu ver mais eficiente o concurso de títulos e o provimento da cátedra sob contrato. Considerou ainda a questão dos livres-docentes e dos professores adjuntos e a necessidade de lhes ser dada atividade didática mais ampla, tal como a direção de departamentos que pertenceriam a uma determinada cadeira. Esses departamentos viriam proporcionar um ensino mais eficiente, por um docente mais especializado, pois devido à complexidade crescente das varias especialidades o professor catedrático não pode acompanhar com desembaraço o desenvolvimento de todos os setores da cadeira que ensina. O prof. Alipio Correa Neto manifestou-se ainda favorável ao ensino intensivo das cadeiras básicas e das cadeiras fundamentais, achando que muitas cadeiras hoje lecionadas isoladamente poderiam perfeitamente constituir departamentos de outras, as consideradas fundamentais. O autor discorreu ainda sobre a questão dos cursos de pós-graduação e de especialização, referindo-se ao problema da concessão do titulo de especialista e ao inquerito que está sendo levado a efeito pela Associação Médica Brasileira sobre o ensino médico no país.

Seguiram-se debates em torno da questão focalizada pelo conferencista, dos quais participaram varios médicos, destacando-se as considerações dos profs. Almeida Prado e Cantidio de Moura Campos.

Encerrando a sessão, o dr. Adalberto Leite Feraz agradeceu a presença dos professores e colegas e convidou a todos para um coquetel.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Apendicites necrobióticas. — Dr. Luciano Becerra — (Imprensa Pozzi Hnos. — Pergamino. — Argentina.) 1952.

Estuda o Autor, nesse trabalho, os conceitos clássicos das apendicites agudas nos seus 3 grupos: — apendicite aguda, supurada e gangrenosa, destacando a interessante observação que constatou de que em 10% de apêndices patológicos eram eles estes, o que seria devido, segundo a opinião de Lanz, a uma fagocitose excessivamente ativa. Tal observação em apêndices patológicos têm grande interesse por ser completamente oposta às observações bacteriológicas em apêndices normais, onde sempre são encontrados colibacilos, bacilos lactus aerógenos, estafilococcus albus e estreptococcus.

A essa forma denomina ele de apêndices necrobióticas, pois a doença é surpreendida em um momento especial da sua evolução: "Toda a infecção cresce sobre a base de uma necrobiose, após o que se efetua a invasão bacteriana". Essa necrobiose é o que Forgue chama de "morte assética".

Faz o Autor ainda um estudo da anatomia normal do apêndice e anatomia comparada de apêndices patológicos. Apresenta a história clínica de alguns casos bem como a técnica operatória que adota.

Úlceras de las piernas de origen neurovascular. — F. Martorell — (Talleres Gráficos de Relieves Basi y Pagés S.A.). Barcelona. 1950.

Monografia dedicada ao médico prático, tem por objetivo principal facilitar o diagnóstico diferencial das úlceras das extremidades que constituem geralmente uma complicação, um sintoma ou uma sequele de outra enfermidade, nunca uma entidade clínica independente. Estuda o autor detalhadamente as úlceras varicosas, postfebrilítica, postpoliomielítica, arterioesclerótica, isquêmica dos diabéticos, tromboangiética, endarterítica, postembólica, postcongelação, por decúbito, perfurante plantar por mielodisplasia ou diabetes, etc.

Volume com 130 páginas apresenta inúmeros gráficos e clichês. Contou o Autor com a colaboração de J. Guasch (hematologia), A. Martorell (angiologia), J. Osés Josué (radiologia), R. Roca de Vinyalis (histopatologia), A. Valls Rovira (Diabetes) e J. Valls — Serra (angiologia).

Patologia sintomática o clinica chirurgica. — Gino Baggio (Tipografo-Editore "A. Poggi" Varese. Itália.) 1952.

O Prof. Gino Baggio, Diretor da Clínica Cirúrgica da Universidade de Pisa, em continuação ao seu Tratado de Cirurgia Geral, vem de publicar mais esse volume, que, como os demais publicados é um completo estudo do assunto abordado com a mais acurada minúcia e brilhante competência do Autor. Volume com 370 páginas é de alto valor didático tanto para o estudante como para o prático profissional.

PHILERGON - Fortifica de fato

UMA COLHERADA ÀS REFEIÇÕES

Apreciações

Estudos Cirúrgicos — 6.ª série. Por el Dr. Eurico Branco Ribeiro. 1 vol. de 226 págs. 1952. San Pablo Editora. San Pablo.

Este pequeno volumen recoge diversos trabajos presentados por el autor, de prolífica actividad. Como cirujano general, el doctor Branco Ribeiro aborda los más diversos temas de patologia quirúrgica, com experiencia personal, casística y documentación bibliográfica seleccionada.

Creemos que su lectura será útil al cirujano que encontrará temas o tópicos que el conciernen cotidianamente y que, tal como lo dijimos, están autorizadamente estudiados.

Esta producción científica del doctor Branco Ribeiro comprende trabajos que datan de los años 1946 a 1949.

(Transcrito de "La Semana Médica" Suplemento diario, Vol. 59, N.º 3.073, p. 3. 6/12/1952 (Buenos Aires).

Manual de micología médica. — Dr. Carlos da Silva Lacaz (Obra editada pela Faculdade de Medicina de Sorocaba, sob os auspícios da Pontificia Universidade Católica de São Paulo — 1953).

Obra de incontestavel valor científico, esse trabalho do ilustre Professor da Faculdade de Medicina de Sorocaba e Docente-livre da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, veio preencher uma lacuna sobre estudo das micoses, trazendo aos médicos e aos estudantes

de medicina um grande auxílio para o conhecimento de tão importante matéria.

Com, aproximadamente, 400 páginas e duas centenas de fotografias, ilustrando as principais micoses humanas e seus agentes etiológicos, o autor, que é uma das mais destacadas figuras da nova geração médica, articulando as pesquisas de laboratório com a clínica, expõe com a maior clareza, segurança e autoridade, a difícil matéria em que pontifica.

Está a obra dividida em dez capítulos que compreendem uma parte geral ou introdutória e outra onde são estudadas as micoses superficiais e profundas no que diz respeito ao diagnóstico, manifestações clínicas e tratamento, completada por um capítulo sobre técnica micológica.

Micologia em geral, classificação dos fungos de interesse médico e método de estudo dos cogumelos; morfologia e biologia geral dos cogumelos; generalidades sobre as micoses; cultivo dos fungos; micoses superficiais; micoses profundas; grupo de micose quanto a sua localização; importância dos fungos sobre a alergia; fungos contaminantes, e, por último, a técnica micológica. — constituem os capítulos dessa interessante obra.

Além da clareza da exposição e do caráter didático com que é a matéria apresentada, longa citação de colaboradores que auxiliaram tal realização científica preenche 18 páginas com "referência bibliográficas".

Evite os males da ociosidade, procurando trabalhar e praticando asiduamente um esporte qualquer. — SNES.

*A primeira penicilina de origem
francêsa existente no mercado
brasileiro*

SCUROCILLINE "4"

REFORÇADA

Penicilina G-Procaína e Penicilina G Sódica

Produto da
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA

Caixa contendo:

- 1 frasco com 100.000 unidades de Penicilina G Sódica
- e 300.000 unidades de Penicilina G-Procaína
- 1 ampola de 2 cm³ de diluente aquoso



A marca de confiança

COMPANHIA QUÍMICA RHODIA BRASILEIRA

CAIXA POSTAL 8095 — SÃO PAULO, S P

Triunfando através dos tempos e de
 geração em geração, como a linhagem
 dos melhores puro-sangue,

*Codeína e
 Cloridrato de
 Etilmorfina*
 lideram tradicionalmente
 a terapêutica das
Tosses



Gotas

IBEL

fórmula:

Cloridrato de Etilmorfina.....	0,003 g.
Codeína.....	0,004 g.
Tintura de Lobelia.....	0,1 g.
Tintura de Grindelia.....	0,1 g.
Tintura de Crataegus.....	0,1 g.
Água de Louro Cereja.....	0,2 g.

modo de usar:

ADULTOS: - 40 gotas em um cálice de
 água açucarada, 4 a 5 ve-
 zes ao dia, ou segundo cri-
 tério médico.

CRIANÇAS: - 20 gotas, a critério médico.

EXCERPTA MÉDICA

Revista internacional de resumos dos últimos trabalhos
publicados na literatura médica mundial.



Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:

- | | |
|--|---|
| I — Anatomia, Embriologia e
Histologia. | VIII — Neurologia e Psiquiatria. |
| II — Fisiologia, Bioquímica e
Farmacologia. | IX — Cirurgia. |
| III — Endocrinologia. | X — Obstetria e Ginecologia. |
| IV — Microbiologia e Higiene. | XI — Oto-rino-laringologia. |
| V — Patologia Geral e Anatomia
Patológica. | XII — Oftalmologia. |
| VI — Medicina Geral. | XIII — Dermatologia e Venero-
logia. |
| VII — Pediatria. | XIV — Radiologia. |
| | XV — Tuberculose. |



Pedidos de assinaturas para:

111, KALVERSTAAT — AMSTERDAM C. — HOLANDA

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituição para o Progresso da Cirurgia



RUA PIRAPITINGUI, 114

Telefone — 36-8181

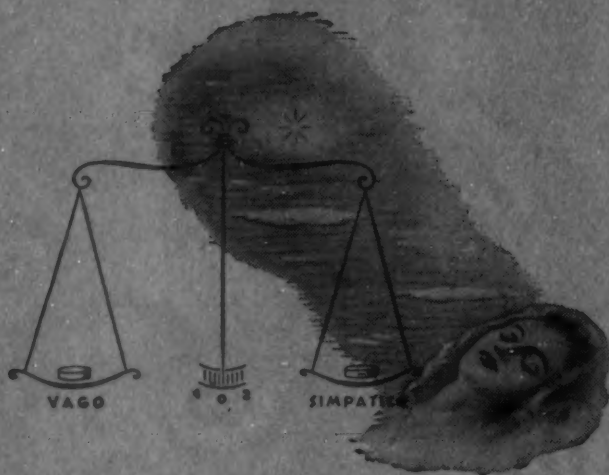


Peça informações sobre o "Estágio de aperfeiçoamento"
mantido pelo Sanatório São Lucas

DISTONEX



para o



Equilíbrio vago-simpático



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 - Telefone, 36-4572 - São Paulo

São Paulo Editora S/A., imprimiu.